



# Difficultés de prise en charge de la douleur chronique par les internes de Médecine Générale de Grenoble et attentes concernant leur formation initiale

Stéphanie Barbour, Marine Baudin

## ► To cite this version:

Stéphanie Barbour, Marine Baudin. Difficultés de prise en charge de la douleur chronique par les internes de Médecine Générale de Grenoble et attentes concernant leur formation initiale. Médecine humaine et pathologie. 2013. dumas-00846158

**HAL Id: dumas-00846158**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00846158>**

Submitted on 18 Jul 2013

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

## AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact au SICD1 de Grenoble : **thesebum@ujf-grenoble.fr**

## LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

[http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg\\_droi.php](http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php)

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

Année 2013

---

**DIFFICULTES DE PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR  
CHRONIQUE PAR LES INTERNES DE MEDECINE GENERALE DE  
GRENOBLE ET ATTENTES CONCERNANT LEUR FORMATION  
INITIALE**

---

THESE

PRESENTEE POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE

DIPLÔME D'ETAT

**Stéphanie BARBOUR**

Née le 1<sup>er</sup> janvier 1984  
à Angers

&

**Marine BAUDIN**

Née le 22 octobre 1984  
à Saint-Martin-Boulogne

THESE SOUTENUE PUBLIQUEMENT A LA FACULTE DE MEDECINE DE  
GRENOBLE

Le 8 juillet 2013

DEVANT LE JURY COMPOSE DE :

**Président du jury :** M. le PROFESSEUR Robert JUVIN

**Membres :** M. le PROFESSEUR Thierry BOUGEROL

M. le DOCTEUR François PAYSANT

Mme le DOCTEUR Katell MIGNOTTE

M. le DOCTEUR Jean-Michel PELLAT

**PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS**

<i><b>NOM Prénom</b></i>	<i><b>Discipline</b></i>
<i>ALBALADEJO Pierre</i>	<i>Anesthésiologie Réanimation</i>
<i>ARVIEUX-BARTHELEMY Catherine</i>	<i>Chirurgie Générale</i>
<i>BACONNIER Pierre</i>	<i>Biostatistiques, Informatique Médicale Et Technologies De Communication</i>
<i>BAGUET Jean-Philippe</i>	<i>Cardiologie</i>
<i>BALOSSO Jacques</i>	<i>Radiothérapie</i>
<i>BARRET Luc</i>	<i>Médecine Légale Et Droit De La Santé</i>
<i>BAUDAIN Philippe</i>	<i>Radiologie Et Imagerie Médicale</i>
<i>BEANI Jean-Claude</i>	<i>Dermato-Vénéréologie</i>
<i>BENHAMOU Pierre Yves</i>	<i>Endocrinologie, Diabète Et Maladies Métaboliques</i>
<i>BERGER François</i>	<i>Biologie Cellulaire</i>
<i>BLIN Dominique</i>	<i>Chirurgie Thoracique Et Cardio-Vasculaire</i>
<i>BONAZ Bruno</i>	<i>Gastro-Entérologie, Hépatologie, Addictologie</i>
<i>BOSSON Jean-Luc</i>	<i>Biostatistiques, Informatique Médicale Et Technologies De Communication</i>
<i>BOUGEROL Thierry</i>	<i>Psychiatrie D'adultes</i>
<i>BOUILLET Laurence</i>	<i>Médecine Interne</i>
<i>BRAMBILLA CHRISTIAN</i>	<i>Pneumologie</i>
<i>BRAMBILLA Elisabeth</i>	<i>Anatomie Et Cytologie Pathologiques</i>
<i>BRICAULT Ivan</i>	<i>Radiologie Et Imagerie Médicale</i>
<i>BRICHON Pierre-Yves</i>	<i>Chirurgie Thoracique Et Cardio-Vasculaire</i>
<i>CAHN Jean-Yves</i>	<i>Hématologie</i>
<i>CARPENTIER Françoise</i>	<i>Thérapeutique, Médecine D'urgence</i>
<i>CARPENTIER Patrick</i>	<i>Chirurgie Vasculaire, Médecine Vasculaire</i>
<i>CESBRON Jean-Yves</i>	<i>Immunologie</i>
<i>CHABARDES Stephan</i>	<i>Neurochirurgie</i>
<i>CHABRE Olivier</i>	<i>Endocrinologie, Diabète Et Maladies Métaboliques</i>
<i>CHAFFANJON Philippe</i>	<i>Anatomie</i>
<i>CHAVANON Olivier</i>	<i>Chirurgie Thoracique Et Cardio-Vasculaire</i>
<i>CHIQUET Christophe</i>	<i>Ophthalmologie</i>
<i>CHIROSSSEL Jean-Paul</i>	<i>Anatomie</i>

<i><b>NOM Prénom</b></i>	<i><b>Discipline</b></i>
<i>CINQUIN Philippe</i>	<i>Biostatistiques, Informatique Médicale Et Technologies De Communication</i>
<i>COHEN Olivier</i>	<i>Biostatistiques, Informatique Médicale Et Technologies De Communication</i>
<i>COUTURIER Pascal</i>	<i>Gériatrie Et Biologie Du Vieillissement</i>
<i>CRACOWSKI Jean-Luc</i>	<i>Pharmacologie Fondamentale, Pharmacologie Clinique</i>
<i>DE GAUDEMARIS Régis</i>	<i>Médecine Et Santé Au Travail</i>
<i>DEBILLON Thierry</i>	<i>Pédiatrie</i>
<i>DEMATTEIS Maurice</i>	<i>Addictologie</i>
<i>DEMONGEOT Jacques</i>	<i>Biostatistiques, Informatique Médicale Et Technologies De Communication</i>
<i>DESCOTES Jean-Luc</i>	<i>Urologie</i>
<i>ESTEVE François</i>	<i>Biophysique Et Médecine Nucléaire</i>
<i>FAGRET Daniel</i>	<i>Biophysique Et Médecine Nucléaire</i>
<i>FAUCHERON Jean-Luc</i>	<i>Chirurgie Générale</i>
<i>FERRETTI Gilbert</i>	<i>Radiologie Et Imagerie Médicale</i>
<i>FEUERSTEIN Claude</i>	<i>Physiologie</i>
<i>FONTAINE Eric</i>	<i>Nutrition</i>
<i>FRANCOIS Patrice</i>	<i>Epidémiologie, Economie De La Santé Et Prévention</i>
<i>GARBAN Frédéric</i>	<i>Hématologie, Transfusion</i>
<i>GAUDIN Philippe</i>	<i>Rhumatologie</i>
<i>GAVAZZI Gaetan</i>	<i>Gériatrie Et Biologie Du Vieillissement</i>
<i>GAY Emmanuel</i>	<i>Neurochirurgie</i>
<i>GRIFFET Jacques</i>	<i>Chirurgie Infantile</i>
<i>HALIMI Serge</i>	<i>Nutrition</i>
<i>HENNEBICQ Sylviane</i>	<i>Génétique Et Procréation</i>
<i>HOFFMANN Pascale</i>	<i>Gynécologie Obstétrique</i>
<i>HOMMEL Marc</i>	<i>Neurologie</i>
<i>JOUK Pierre-Simon</i>	<i>Génétique</i>
<i>JUVIN Robert</i>	<i>Rhumatologie</i>
<i>KAHANE Philippe</i>	<i>Physiologie</i>
<i>KRACK Paul</i>	<i>Neurologie</i>
<i>KRAINIK Alexandre</i>	<i>Radiologie Et Imagerie Médicale</i>

<i><b>NOM Prénom</b></i>	<i><b>Discipline</b></i>
<i>LABARERE José</i>	<i>Département De Veille Sanitaire</i>
<i>LANTUEJOUL Sylvie</i>	<i>Anatomie Et Cytologie Pathologiques</i>
<i>LE BAS Jean-François</i>	<i>Biophysique Et Médecine Nucléaire</i>
<i>LEBEAU Jacques</i>	<i>Chirurgie Maxillo-faciale Et Stomatologie</i>
<i>LECCIA Marie-Thérèse</i>	<i>Dermato-Vénéréologie</i>
<i>LEROUX Dominique</i>	<i>Génétique</i>
<i>LEROY Vincent</i>	<i>Gastro-entérologie, Hépatologie, Addictologie</i>
<i>LETOUBLON Christian</i>	<i>Chirurgie Générale</i>
<i>LEVY Patrick</i>	<i>Physiologie</i>
<i>LUNARDI Joël</i>	<i>Biochimie Et Biologie Moléculaire</i>
<i>MACHECOURT Jacques</i>	<i>Cardiologie</i>
<i>MAGNE Jean-Luc</i>	<i>Chirurgie Vasculaire</i>
<i>MAITRE Anne</i>	<i>Médecine Et Santé Au Travail</i>
<i>MAURIN Max</i>	<i>Bactériologie - Virologie</i>
<i>MERLOZ Philippe</i>	<i>Chirurgie Orthopédique Et Traumatologie</i>
<i>MORAND Patrice</i>	<i>Bactériologie - Virologie</i>
<i>MORO Elena</i>	<i>Neurologie</i>
<i>MORO-SIBILOT Denis</i>	<i>Pneumologie</i>
<i>MOUSSEAU Mireille</i>	<i>Cancérologie</i>
<i>MOUTET François</i>	<i>Chirurgie Plastique, Reconstructrice Et Esthétique, Brûlogie</i>
<i>PALOMBI Olivier</i>	<i>Anatomie</i>
<i>PASSAGIA Jean-Guy</i>	<i>Anatomie</i>
<i>PAYEN DE LA GARANDERIE Jean-François</i>	<i>Anesthésiologie Réanimation</i>
<i>PELLOUX Hervé</i>	<i>Parasitologie Et Mycologie</i>
<i>PEPIN Jean-Louis</i>	<i>Physiologie</i>
<i>PERENNOU Dominique</i>	<i>Médecine Physique Et De Réadaptation</i>
<i>PERNOD Gilles</i>	<i>Médecine Vasculaire</i>
<i>PIOLAT Christian</i>	<i>Chirurgie Infantile</i>
<i>PISON Christophe</i>	<i>Pneumologie</i>
<i>PLANTAZ Dominique</i>	<i>Pédiatrie</i>

<i><b>NOM Prénom</b></i>	<i><b>Discipline</b></i>
<i>POLACK Benoît</i>	<i>Hématologie</i>
<i>PONS Jean-Claude</i>	<i>Gynécologie Obstétrique</i>
<i>RAMBEAUD Jacques</i>	<i>Urologie</i>
<i>REYT Emile</i>	<i>Oto-rhino-laryngologie</i>
<i>RIGHINI Christian</i>	<i>Oto-rhino-laryngologie</i>
<i>ROMANET J. Paul</i>	<i>Ophthalmologie</i>
<i>SARAGAGLIA Dominique</i>	<i>Chirurgie Orthopédique Et Traumatologie</i>
<i>SCHMERBER Sébastien</i>	<i>Oto-rhino-laryngologie</i>
<i>SCHWEBEL Carole</i>	<i>Réanimation Médicale</i>
<i>SERGENT Fabrice</i>	<i>Gynécologie Obstétrique</i>
<i>SESSA Carmine</i>	<i>Chirurgie Vasculaire</i>
<i>STAHL Jean-Paul</i>	<i>Maladies Infectieuses, Maladies Tropicales</i>
<i>STANKE Françoise</i>	<i>Pharmacologie Fondamentale</i>
<i>TIMSIT Jean-François</i>	<i>Réanimation</i>
<i>TONETTI Jérôme</i>	<i>Chirurgie Orthopédique Et Traumatologie</i>
<i>TOUSSAINT Bertrand</i>	<i>Biochimie Et Biologie Moléculaire</i>
<i>VANZETTO Gérald</i>	<i>Cardiologie</i>
<i>VUILLEZ Jean-Philippe</i>	<i>Biophysique Et Médecine Nucléaire</i>
<i>WEIL Georges</i>	<i>Epidémiologie, Economie De La Santé Et Prévention</i>
<i>ZAOUI Philippe</i>	<i>Néphrologie</i>
<i>ZARSKI Jean-Pierre</i>	<i>Gastro-Entérologie, Hépatologie, Addictologie</i>

**MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS**

<i><b>NOM Prénom</b></i>	<i><b>Discipline</b></i>
<i>APTEL Florent</i>	<i>Ophtalmologie</i>
<i>BOISSET Sandrine</i>	<i>Agents Infectieux</i>
<i>BONNETERRE Vincent</i>	<i>Médecine Et Santé Au Travail</i>
<i>BOTTARI Serge</i>	<i>Biologie Cellulaire</i>
<i>BOUTONNAT Jean</i>	<i>Cytologie Et Histologie</i>
<i>BOUZAT Pierre</i>	<i>Réanimation</i>
<i>BRENIER-PINCHART M. Pierre</i>	<i>Parasitologie Et Mycologie</i>
<i>BRIOT Raphaël</i>	<i>Thérapeutique, Médecine D'urgence</i>
<i>CALLANAN-WILSON Mary</i>	<i>Hématologie, Transfusion</i>
<i>DERANSART Colin</i>	<i>Physiologie</i>
<i>DETANTE Olivier</i>	<i>Neurologie</i>
<i>DIETERICH Klaus</i>	<i>Génétique Et Procréation</i>
<i>DUMESTRE-PERARD Chantal</i>	<i>Immunologie</i>
<i>EYSSERIC Hélène</i>	<i>Médecine Légale Et Droit De La Santé</i>
<i>FAURE Julien</i>	<i>Biochimie Et Biologie Moléculaire</i>
<i>GILLOIS Pierre</i>	<i>Biostatiques, Informatique Médicale Et Technologies De Communication</i>
<i>GRAND Sylvie</i>	<i>Radiologie Et Imagerie Médicale</i>
<i>GUZUN Rita</i>	<i>Endocrinologie, Diabétologie, Nutrition, Education Thérapeutique</i>
<i>LAPORTE François</i>	<i>Biochimie Et Biologie Moléculaire</i>
<i>LARDY Bernard</i>	<i>Biochimie Et Biologie Moléculaire</i>
<i>LARRAT Sylvie</i>	<i>Bactériologie, Virologie</i>
<i>LAUNOIS-ROLLINAT Sandrine</i>	<i>Physiologie</i>
<i>MALLARET Marie-Reine</i>	<i>Epidémiologie, Economie De La Santé Et Prévention</i>
<i>MAUBON Danièle</i>	<i>Parasitologie Et Mycologie</i>
<i>MC LEER (FLORIN) Anne</i>	<i>Cytologie Et Histologie</i>
<i>MOREAU-GAUDRY Alexandre</i>	<i>Biostatiques, Informatique Médicale Et Technologies De Communication</i>
<i>MOUCHET Patrick</i>	<i>Physiologie</i>
<i>PACLET Marie-Hélène</i>	<i>Biochimie Et Biologie Moléculaire</i>
<i>PAYSANT François</i>	<i>Médecine Légale Et Droit De La Santé</i>



<i><b>NOM Prénom</b></i>	<i><b>Discipline</b></i>
<i>PELLETIER Laurent</i>	<i>Biologie Cellulaire</i>
<i>RAY Pierre</i>	<i>Génétique</i>
<i>RIALLE Vincent</i>	<i>Biostatistiques, Informatique Médicale Et Technologies De Communication</i>
<i>ROUX-BUISSON Nathalie</i>	<i>Biochimie, Toxicologie Et Pharmacologie</i>
<i>SATRE Véronique</i>	<i>Génétique</i>
<i>STASIA Marie-Josée</i>	<i>Biochimie Et Biologie Moléculaire</i>
<i>TAMISIER Renaud</i>	<i>Physiologie</i>

## **Table des Matières :**

<b>REMERCIEMENTS.....</b>	<b>10</b>
<b>SERMENT D'HIPPOCRATE .....</b>	<b>13</b>
<b>RESUME.....</b>	<b>14</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>15</b>
<b>I. INTRODUCTION.....</b>	<b>16</b>
<b>II. MATERIEL ET METHODE.....</b>	<b>19</b>
A. BIBLIOGRAPHIE .....	19
B. CHOIX DE LA METHODE .....	19
1. Choix de la Méthode qualitative .....	19
2. Le focus group.....	19
C. CHOIX DE LA POPULATION.....	20
D. MODE DE RECRUTEMENT.....	20
E. CONDUITE DES FOCUS GROUP.....	20
1. Elaboration d'un guide d'entretien.....	20
2. Déroulement des focus group.....	21
F. ANALYSE DES DONNEES .....	22
<b>III. RESULTATS.....</b>	<b>23</b>
A. POPULATION.....	23
B. DIFFICULTES RESSENTIES DANS LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS DOULOUREUX CHRONIQUES .....	26
1. Difficultés techniques.....	26
a. Les difficultés de nature diagnostique.....	26
b. Les difficultés thérapeutiques.....	27
c. Difficultés liées à l'orientation du patient .....	28
c. Difficultés liées à la consultation .....	29
2. Difficultés propres à l'interne .....	30
a. Difficultés personnelles.....	30
i. <i>Difficultés émotionnelles</i> .....	30
ii. <i>Difficultés liées au comportement de l'interne</i> .....	32
b. Difficultés liées à la formation. ....	33
c. Difficultés liées à la relation médecin-malade. ....	35
3. Difficultés liées au patient.....	37
a. Difficultés liées au profil et à la personnalité du patient.....	37
b. Difficultés liées à la douleur en elle-même .....	39
C. LES ATTENTES CONCERNANT LA FORMATION .....	39
1. La formation théorique .....	40
a. Sur la douleur chronique .....	40
b. Sur la psychologie médicale.....	41
c. Sur les alternatives thérapeutiques .....	41
d. Sur la communication.....	42
e. Les groupes d'acquisitions de compétences (GAC) .....	43
f. Une formation adaptée .....	43
i. <i>Concilier la théorie et la pratique dans le temps</i> .....	43
ii. <i>Intervention de spécialistes</i> .....	44

2.	La formation pratique.....	44
a.	Une formation personnelle par le biais des stages .....	44
b.	L'investissement personnel.....	45
c.	Acquisition d'une expérience personnelle progressive.....	46
d.	Encadrement de l'interne à l'hôpital .....	47
3.	Une prise en charge globale .....	47
a.	Un travail d'équipe.....	47
b.	Améliorer les liens interprofessionnels .....	49
c.	La communication.....	50
<b>IV.</b>	<b>DISCUSSION .....</b>	<b>52</b>
A.	FORCES DE L'ETUDE .....	52
1.	L'originalité du sujet .....	52
2.	La méthode qualitative .....	52
3.	Les données .....	53
B.	FAIBLESSES DE L'ETUDE .....	53
1.	Les focus group .....	53
2.	La population.....	54
C.	RESULTATS ATTENDUS .....	54
1.	Difficultés thérapeutiques .....	54
2.	Problématiques de la formation.....	56
D.	RESULTATS INATTENDUS.....	58
1.	L'intrication entre somatique et psychologique.....	58
2.	Une médecine ambivalente .....	59
3.	Le statut particulier de l'interne .....	60
4.	Une communication à l'épreuve .....	62
5.	Comparaison autour des Thèses de l'étude DOLMEN .....	63
6.	La douleur chronique : maladie chronique ?.....	65
<b>V.</b>	<b>CONCLUSION.....</b>	<b>66</b>
<b>VI.</b>	<b>LISTE DES ABREVIATIONS .....</b>	<b>68</b>
<b>VII.</b>	<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>69</b>
<b>ANNEXES.....</b>	<b>71</b>	
ANNEXE 1 .....	71	
ANNEXE 2 .....	84	
ANNEXE 3 .....	98	
ANNEXE 4 .....	108	
ANNEXE 5 .....	128	

## REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Robert JUVIN

Nous vous remercions de nous avoir fait l'honneur de présider le jury de soutenance de notre thèse. Veuillez trouver ici, le témoignage de notre plus profond respect.

A Monsieur le Professeur Thierry BOUGEROL,

Vous nous avez fait l'honneur d'être membre de notre jury. Veuillez trouver ici l'expression de nos sincères remerciements.

A Monsieur le Docteur François PAYSANT,

Vous avez accepté d'être membre de notre jury. Soyez remercié de l'intérêt que vous avez bien voulu porter à notre travail.

A Monsieur le Docteur Jean-Michel PELLAT,

Nous vous exprimons notre plus grande reconnaissance d'avoir accepté d'être membre de notre jury.

A Madame le Docteur Katell MIGNOTTE,

Nous te remercions de nous avoir proposé ce sujet, qui nous a permis de nous questionner sur la douleur chronique. Nous te sommes reconnaissantes pour ta disponibilité, tes précieux conseils et tes encouragements. Nous espérons que nos routes se recroiseront.

A tous les internes volontaires, merci d'avoir rendu ce projet possible et de nous avoir consacré ce temps. Votre sincérité et votre spontanéité ont apporté beaucoup à notre travail. Vous voir aussi engagés sur ce sujet a permis d'alimenter notre motivation.

A nos relecteurs de choc Antoine et Anne, merci pour vos précieuses remarques.

## REMERCIEMENTS DE MARINE

A tous les médecins, soignants, infirmières et patients que j'ai rencontrés tout au long de mon parcours et qui ont faits de moi le médecin que je suis aujourd'hui.

Stéph, tout a commencé lors de notre premier stage aux urgences, et quelques années plus tard nous passons la thèse ensemble ! Merci d'avoir accepté de réaliser ce projet avec moi. Notre amitié grandit et me réjouit chaque jour.

A mes parents, sans qui ce projet n'aurait jamais abouti :

A ma mère, pour ton amour, tes encouragements et ta patience sans limite. Ton soutien, sans relâche participe au bon souvenir de ces études.

A mon père, qui m'a montré l'exemple d'un métier exercé avec passion, j'espère que tu es aussi fier de moi que je ne le suis de toi.

A mes sœurs Laura et Alix, pour votre amour et votre petit grain de folie, merci d'avoir cru en moi, je vous aime de tout mon cœur.

A ma petite Babounette, ma grand-mère de choc, tu tiens une grande place dans mon cœur.

A bon papa, parti trop vite, j'espère que de là haut tu me regardes et que tu es fier de moi, nos petits moments musicaux au piano me manquent.

A Janik et Christian, merci pour votre présence et votre soutien qui comptent beaucoup pour moi.

A mes sœurs de cœur Dodo et Lili, on est venu, on a vu et on a vaincu ! Ensemble! Que de fous rires et de merveilleux souvenirs ! Que nos chemins soient encore les mêmes pour très longtemps. Vous êtes mon petit trésor.

A Bénibou et Louix, pour tous ces bons moments passés avec vous, votre amitié m'est précieuse (ain'ski soit-il... !).

A Antoine et Gasparou, merci de nous avoir supportées pendant ces moments de durs labeurs ! Je vous adore.

Le PU crew est né ! Chloé, Jules, Courgette, Baptiste, Marlooze, Quentin, North Face, Diot patate et Peter, vous êtes au top, et vous m'apportez beaucoup chaque jour.

A Ti M, Juju, et Arthur V, vous me suivez de près comme de loin depuis si longtemps, chaque moment de retrouvaille n'est que du bonheur

A mes amis tahitiens, Flo et Lili, Laulau, Peter, Pauline et Nico, cette expérience partagée avec vous reste un des plus beaux moments de ma vie. Maururu roa !

A Jeanne, Arthur V, Aurélou, Sophie : merci pour toutes ces années partagées, j'en garde un super souvenir.

A mon éternel Sami ! Tu m'as appris à ne jamais abandonner et tu m'en as donné la force. Merci pour ton amour inconditionnel. Que notre étoile brille toujours, et que notre chemin soit aussi long que possible. C'est à toi que je dédie cette thèse.

## REMERCIEMENTS DE STEPHANIE

A Marine, amie puis co-thésarde...Ce projet n'aurait abouti sans toi et sans les petites embuches...

A ma mère, qui a chaque seconde a pris et prend soin de moi. Tu m'as aimée, accompagnée et toujours encouragée pour que je garde confiance. Et ce n'est pas fini !

A mon père, qui est un exemple de rigueur et de travail. Tu m'as donnée tout ton amour et je sais que tu es toujours là pour me protéger.

Cette réussite, je vous la dois.

A Valéry. Mon petit frère. Ta force et ton courage sont un exemple pour moi. Tu es la petite voix qui me ramène toujours à la raison. Merci d'être toujours à mes côtés, toujours... Et pour ta précieuse aide.

A ma grand-mère, ma famille et ma belle-famille.

A mes amis de toujours qui se reconnaîtront...

A mes amis ex-angevins

A mes amis chambériens, qui m'êtes si chers

Au PU crew

A Antoine. Mon amour, mon ami, mon complice, mon confident, mon soutien infaillible. Tu rends tout possible si simplement. Je n'y serai jamais arrivée sans toi comme pour tout d'ailleurs...

A Gaspard. Mon petit amour, ma plus belle réussite.

A tous les médecins de la Faculté d'Angers, chacun d'entre vous a fait le médecin que je suis.

A tous les médecins que j'ai rencontrés en Psychiatrie et en Médecine Générale. Un parcours incertain mais heureux qui rend ma vision de la médecine (un peu trop) réfléchie...

A tous les internes que j'ai croisé durant mes stages, avec qui j'ai passé de bons et moins bons moments, et pour les cafés de 10h ... Et pour ceux avec qui j'ai noué un lien d'amitié.

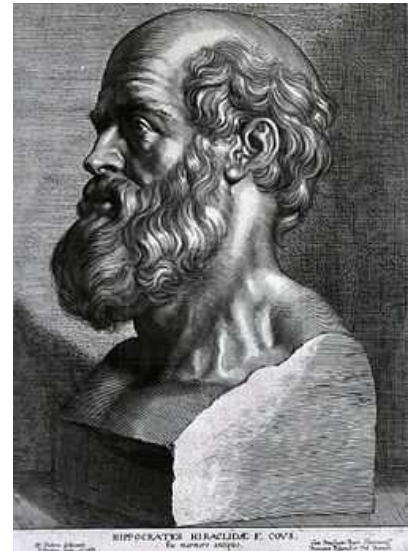
Aux patients et leurs familles, pour leur confiance et la motivation qu'ils me donnent chaque jour pour faire ce travail.

## SERMENT D'HIPPOCRATE

*En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'HIPPOCRATE,*

*Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.*

*Je donnerai mes soins gratuitement à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.*



*Admis dans l'intimité des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.*

*Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.*

*Je garderai le respect absolu de la vie humaine.*

*Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.*

*Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*

*Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.*

*Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.*

## **RESUME**

### **Introduction**

La douleur chronique, phénomène complexe et multidimensionnel, est un motif fréquent de consultation en Médecine Générale. Les internes, jeunes médecins en formation, se retrouvent face à cette problématique de soins, mais peu d'études les concernaient. Une étude s'intéressait à leur formation et à l'évaluation de leurs connaissances théoriques. Cependant, elle ne permettait pas de dévoiler leur vécu et leur ressenti. Nous avons voulu connaître les difficultés rencontrées par les internes de Médecine Générale et leurs attentes concernant leur formation initiale.

### **Matériel et Méthode**

Etude qualitative par entretiens collectifs semi-dirigés d'internes en Médecine Générale de la Faculté de Médecine de Grenoble. Entretiens conduits jusqu'à saturation des données, enregistrés et retranscrits intégralement. Les données ont été analysées de manière thématique avec un triple codage. Echantillon raisonné et diversifié.

### **Résultats**

Cinq entretiens ont été menés auprès d'internes, de premier semestre à remplaçant non thésé. Trois grandes thématiques émergeaient : les difficultés d'ordre technique, personnelles liées à l'interne et liées au patient. Leur place dans la relation médecin-malade était difficile à trouver du fait de leur jeune âge, leur manque d'expérience et d'assurance. Ils avaient des a priori négatifs concernant les douleurs sans étiologies ou psychosomatiques, mettant la communication à l'épreuve. Leurs attentes concernaient la formation théorique et pratique. Cela s'accompagnait d'un investissement personnel et de l'acquisition d'une expérience individuelle pratique et progressive.

### **Conclusion**

Cette étude amenait à proposer une amélioration de la formation initiale des internes, adaptée à la Médecine Générale, en intégrant la prise en charge globale, en investissant chacun des professionnels de la douleur dans cette formation. Les groupes d'acquisitions de compétences semblaient offrir une possibilité de libre expression et verbalisation de leur difficulté et leurs émotions négatives, permettant un partage et une analyse concrète de leur pratique personnelle.

**Mots clés :** *Douleur chronique – Médecine Générale –Interne –Communication – Formation médicale - Etude qualitative*

Résumé



## **ABSTRACT**

### **Difficulties met by residents of the University of Grenoble about chronic pain management and expectations about their training**

#### **Introduction**

Chronic pain, as a complex and multidimensional phenomena, is one of the most common motif of consultation in family practice's offices. Residents, as young physicians are faced to this health care problem but a few studies concerned them. One of those evaluated student's training and their theoretical knowledge but did not show their feelings or experiences. In this study, we would like to evaluate the difficulties residents met and their expectations about their training.

#### **Materiel and Method**

Qualitative study by focus groups with meeting residents of the University of Grenoble. Interviews until saturation, registered and transcribed integrally. The informations were analyzed thematically with triple coding. Purposed sample.

#### **Results**

Five focus groups were conducted with residents from several degrees. Three themes emerged: technical difficulties, personal difficulties due to the resident status and due to patients. Their place in a privileged relationship between patients and their doctors was hard to find because of their young age, their lack of experience and self-confidence. They were biased against pain with no etiology or psychosomatic illness, challenging communication. Their expectations concerned theoretical and practice training including a personal investment and a practical and progressive experience.

#### **Conclusion**

This study proposed an improvement of training, adapted to family practice with a global management of patients and investment oh each professional involved in pain care. The collective work for competency acquisition offered a possibility of free expression and verbalization of their difficulties and negative emotions allowing sharing and concrete analysis of their personal practice.

**Key Words:** *Chronic pain - Family practice - Resident – Communication - Medical training - Qualitative study.*

## I. INTRODUCTION

En 1976, *l'International Association for the Study of Pain* a défini la douleur comme « une expérience sensorielle ou émotionnelle désagréable associée à une lésion tissulaire présente ou potentielle, ou décrite en termes évoquant une telle lésion » (1). Elle peut exister selon deux modes : aigu ou chronique.

La Haute Autorité de Santé a ensuite publié, en 2008, une définition plus globale : « la douleur chronique ou syndrome douloureux chronique est un syndrome multidimensionnel, lorsque la douleur exprimée quelle que soit sa topographie ou son intensité, est récurrente au-delà de ce qui est habituel pour la cause initiale présumée, répond insuffisamment aux traitements ou entraîne une détérioration significative et progressive des capacités fonctionnelles et relationnelles du patient. » (2). Cette définition traduisait la complexité de la douleur chronique qui devenait une véritable maladie en elle-même, où s'entremêlaient les dimensions somatiques avec des étiologies multiples, psychiques et sociales (3).

Par ailleurs, la subjectivité et le vécu personnel de la douleur chronique rendaient la prise en charge complexe. Communiquer autour de la douleur était propre à chaque patient et à chaque soignant (4).

En France, la prévalence de la douleur était récemment chiffrée à 17% de la population (5).

Quinze pourcent de la population française souffrait de douleur chronique (6). On comprenait que les douleurs chroniques étaient un motif récurrent de consultation en Médecine Générale.

Pour 43% des consultations en Médecine Générale, la douleur était le motif principal ou secondaire (7).

La priorité donnée à la prise en charge de la douleur par le pouvoir public s'est manifestée ces dernières années par plusieurs plans ministériels successifs :

- Le premier plan ministériel (1998-2000) visait à développer des structures multidisciplinaires et des réseaux de soins pour la lutte contre la douleur, avec une meilleure prise en compte des

demandes du patient. L'autre versant était de développer la formation des professionnels de santé (2) (8).

- Le second plan ministériel (2002-2005) avait pour objectif de faciliter l'accès aux soins et de faire connaître les centres pluridisciplinaires aux médecins généralistes et au public (8).

- Le troisième plan (2006-2010) renforçait les objectifs des plans précédents. Y était adjoint une meilleure utilisation des traitements médicamenteux et des alternatives thérapeutiques. Il s'était également attaché à une meilleure structuration des filières de soins (9).

Malgré cette volonté nationale, 40% des patients douloureux chroniques demeuraient insatisfaits de leur prise en charge (6). De même, les médecins généralistes exprimaient leur mécontentement quant à la prise en charge de leur patient (10) et des difficultés d'ordre technique, psychologique dans la relation avec son patient et dans l'évolution de la médecine (11).

Ces difficultés se retrouvaient aussi chez les étudiants en médecine. Une étude qualitative menée auprès d'étudiants en médecine mettait en évidence chez ceux-ci un sentiment d'impréparation et d'insatisfaction voire de frustration à ce sujet (12). En revanche, peu d'études concernaient les internes.

Il est vrai que le statut de l'interne est particulier puisqu'il est d'un côté un médecin, mais encore en formation. Le but du troisième cycle est l'acquisition de compétences, c'est-à-dire la mise en œuvre pratique des savoirs acquis. En effet, il possède des connaissances théoriques importantes avec un manque d'expérience pratique. En 2006, une thèse évaluait la formation et les connaissances des internes de médecine sur la prise en charge des patients douloureux chroniques : leurs connaissances, tant sur le plan somatique que sur le plan psycho-comportemental semblaient insuffisantes pour une prise en charge optimale. L'origine de ces lacunes était la formation initiale (13). Il s'agissait d'une étude quantitative qui réalisait

uniquement un état des lieux, sans permettre, du fait de la méthodologie, l'expression de résultats inattendus.

La recherche présentée ici avait pour objectif d'étudier, au moyen d'une méthode qualitative, les difficultés rencontrées par les internes de Médecine Générale dans la prise en charge des patients douloureux chroniques, et les moyens que ceux-ci proposaient pour améliorer la formation initiale.

Ce travail de thèse s'inscrit dans l'étude DOLMEN menée au niveau national. Son objectif est de mettre en miroir les difficultés rencontrées par les internes de Médecine Générale dans l'accompagnement des patients douloureux chroniques avec leur ressenti en vue de répondre à la question : Que devrions-nous enseigner aux internes de Médecine Générale sur le sujet de la douleur chronique ?

## **II. MATERIEL ET METHODE**

### **A. BIBLIOGRAPHIE**

---

La revue de bibliographie a été réalisée à l'aide de plusieurs moteurs de recherche (Cismef, Sudoc, Google Scholar, Google PUBMED), avec les mots « douleur chronique », « chronic pain », « primary care », « prise en charge », et spécifiquement à chaque grande thématique.

### **B. CHOIX DE LA METHODE**

---

#### **1. Choix de la Méthode qualitative**

La méthode qualitative a été choisie pour mettre en évidence les représentations et ressentis des internes. La libre expression de chacun favorisait l'émergence d'idées nouvelles qui n'aurait pas pu être retrouvée par une méthode quantitative.

#### **2. Le focus group**

Des entretiens collectifs ou focus group ont été menés. Ils permettaient d'établir une dynamique de groupe, un débat entre les intervenants, avec un enrichissement mutuel grâce aux idées évoquées et réactions diverses. Ces entretiens recueillaient des données verbales et non verbales afin d'entreprendre une démarche interprétative. Ils visaient à étudier la variété des perceptions, motivations, opinions, attitudes, comportements, expériences, questions et analyses sur le sujet en question. Il s'agissait également d'identifier des idées nouvelles, d'évaluer les besoins, les attentes et les satisfactions.

Le critère principal pour déterminer le nombre de focus group à réaliser était la saturation des données, technique employée dans toutes les études qualitatives. On parlait de saturation des données lorsque qu'une nouvelle collecte de données n'apportait plus aucune idée nouvelle (14).

## **C. CHOIX DE LA POPULATION**

---

Critères d'inclusion : Internes de Médecine Générale inscrits à la Faculté de Médecine de Grenoble (Université Joseph Fourier) quel que soit leur semestre d'étude.

## **D. MODE DE RECRUTEMENT**

---

Les internes ont été sollicités en direct à l'issue de réunions dans les enceintes hospitalières, par courrier électronique suivant la liste des internes détenue par le service du personnel hospitalier, ou par connaissance. Les internes ayant accepté recevaient un rappel par message électronique.

## **E. CONDUITE DES FOCUS GROUP**

---

### **1. Elaboration d'un guide d'entretien**

Les focus group ont été menés à l'aide d'un guide d'entretien établi selon les données de la littérature. Ce guide d'entretien contenait des questions ouvertes. Il pouvait être modifié au fil des entretiens collectifs, pour s'enrichir de thèmes inattendus.

Celui-ci servait à entretenir une dynamique de groupe et permettait de stimuler chacun des participants à réagir autour du sujet.

Il était composé de six questions générales, ouvertes. Ces questions étaient rédigées intégralement et ont été dites telles quelles tout comme la formule d'introduction et d'entrée en matière.

La première question dite « brise-glace » permettait de mettre les interlocuteurs en confiance. Celle-ci était : « la dernière fois que vous avez pris en charge un patient douloureux chronique, quelles ont été les difficultés que vous avez rencontrées ? ».

## **2. Déroulement des focus group**

Lieux : ils devaient être calmes, neutres et facilement accessibles pour tous. Les lieux les plus adéquats étaient les salles qui se trouvaient aux seins des internats de Chambéry et d'Annecy.

Durée : chaque focus group était variable en temps, fonction de la dynamique de chacun, de 45 minutes pour le focus group le plus court jusqu'à 1 heure et 10 minutes pour le plus long.

Intervenants : il y avait 3 types d'intervenants différents dans chaque focus group.

- Les participants : il s'agissait des internes de Médecine Générale, qui étaient au nombre de 5 à 6 en fonction des groupes. Avant de commencer le débat, il leur était demandé de noter sur une feuille pré-remplie leurs nom, prénom, âge, coordonnées, semestre (s) validé (s), semestre actuel. Au préalable, une information sur le sujet en question avait été donnée et ils avaient donné leur accord en début de séance pour la retranscription intégrale des entretiens collectifs à des fins scientifiques. L'anonymat a été respecté.

- L'animateur (ou modérateur) : l'un des deux auteurs de la thèse investissait ce rôle en alternance, celui-ci était chargé de lancer la grille de questions, de relancer les réponses et de veiller à la participation de chacun au débat, en évitant la monopolisation de la parole par un éventuel leader d'opinion. Il était amené régulièrement à reformuler les débats et à en proposer une synthèse. Il avait pour objectif de faire émerger les points de vue de chacun. Avant le début de chaque séance, il se présentait lui-même ainsi que l'autre auteur de la thèse, présentait le sujet, remerciait et accueillait les participants puis expliquait le déroulement de l'entretien. L'animateur devait être neutre, empathique et ne devait pas dévoiler son point de vue.

- L'observateur : l'autre auteur de la thèse était chargé de noter les aspects non verbaux ou relationnels qui pouvaient avoir du sens pour l'analyse. Il ne participait ni à l'animation ni au débat, son emplacement était stratégique, en retrait pour ne pas interférer dans la discussion.

Matériel Et Méthode

Mode d'enregistrement : il était utilisé 2 à 3 appareils numériques qui étaient un iPhone 4 à l'aide de l'application Dictaphone, un iPad avec l'application Audiomémo et enfin un MacBook Pro avec le logiciel Audacity. Ces différents modes d'enregistrement vocal ont été disposés au centre de la table et orientés vers les interlocuteurs.

Retranscription : les focus group ont été retranscrits immédiatement après leur réalisation, tels quels sur un mode informatique, tout comme les aspects non verbaux qui avaient été notifiés par l'observateur (mentionnés en italiques).

L'ensemble des retranscriptions se trouve en annexe.

## **F. ANALYSE DES DONNEES**

---

L'analyse des données commençait dès le premier entretien, sans attendre les suivants.

En premier lieu, elle était réalisée de manière verticale par la lecture de chaque focus group pour s'imprégner de chacun.

Ensuite, une analyse transversale était réalisée. Il s'agissait de l'analyse de la transcription des paroles de chaque participant, qui ont été découpées, classées, confrontées et comparées. Elle portait aussi bien sur le verbal que le non verbal. Un double codage était nécessaire pour renforcer la validité des résultats. Pour cela, les deux auteurs ainsi que la Directrice de la thèse ont effectué l'analyse indépendamment et la confrontaient ensuite.

Cette analyse thématique permettait d'élaborer une synthèse narrative et descriptive de l'étude qui est développée ci-après.



### **III. RESULTATS**

#### **A. POPULATION**

---

Cinq focus group ont été réalisés d'octobre 2012 à février 2013 à Chambéry et à Annecy.

Vingt-six internes de Médecine Générale inscrits sur la Faculté de Grenoble ont participé à raison de 5 internes dans les 5 premiers focus group et de 6 internes dans le dernier.

Tous ont accepté l'enregistrement vocal de l'entretien ainsi que la retranscription.

La population était constituée de 19 femmes et de 7 hommes, âgés entre 24 ans et 32 ans.

L'âge moyen s'approchait de 27 ans.

Cinq étaient en premier semestre, 1 en second semestre, 7 en troisième semestre, 1 en quatrième semestre, 5 en cinquième semestre, 6 en sixième semestre et 1 avait fini son internat et était remplaçant non thésé.

La Faculté d'origine des internes avant l'ECN se répartissait ainsi : 7 à Grenoble, 5 à Lyon, 5 à Dijon, 2 à Paris, 1 à Angers, 1 à Besançon, 1 à Rouen, 1 à Marseille, 1 à Toulouse, 1 à Nancy et 1 à Rennes.

Les entretiens ont duré entre 45 minutes et 1h10minutes. La durée moyenne des entretiens était de 50 minutes.

**Tableau 1 : Description de la population d'interne**

<i>Numéro Focus group</i>	<i>Interne</i>	<i>Age</i>	<i>Sexe</i>	<i>Faculté d'origine</i>	<i>Semestre d'internat</i>	<i>Stages Effectués</i>
<b>1</b>	<i>J.</i>	<i>26</i>	<i>F</i>	<i>Lyon</i>	<i>4ème</i>	<i>Gériatrie Urgences UPL Pédiatrie</i>
	<i>P.</i>	<i>30</i>	<i>M</i>	<i>Toulouse</i>	<i>6ème</i>	<i>Pédiatrie Médecine polyvalente Urgences UPL SASPAS PASS</i>
	<i>Am.</i>	<i>27</i>	<i>F</i>	<i>Dijon</i>	<i>6ème</i>	<i>Urgences UPL SOS Médecin Pédiatrie Neurologie USC Réanimation Cardiologie</i>
	<i>An.</i>	<i>29</i>	<i>M</i>	<i>Angers</i>	<i>6ème</i>	<i>UPL Urgences Gériatrie Gastro-entérologie Urgences SASPAS</i>
	<i>B.</i>	<i>29</i>	<i>M</i>	<i>Rennes</i>	<i>5ème</i>	<i>Neurologie Urgences Pédiatrie UPL Cardiologie</i>
<b>2</b>	<i>Ch.</i>	<i>28</i>	<i>F</i>	<i>Paris V</i>	<i>6ème</i>	<i>Urgences UPL Diabétologie Cardiologie Pédiatrie/Gynécologie SASPAS</i>
	<i>N.</i>	<i>28</i>	<i>F</i>	<i>Lyon</i>	<i>3ème</i>	<i>Endocrinologie UPL Urgences</i>
	<i>M.</i>	<i>24</i>	<i>M</i>	<i>Grenoble</i>	<i>1er</i>	<i>Neurologie</i>
	<i>D.</i>	<i>25</i>	<i>M</i>	<i>Grenoble</i>	<i>1er</i>	<i>Neurologie</i>
	<i>Cl.</i>	<i>27</i>	<i>F</i>	<i>Grenoble</i>	<i>6ème</i>	<i>Urgences Pédiatrie UPL Diabétologie/ Néphrologie Pneumologie SASPAS</i>

<i>Numéro Focus group</i>	<i>Interne</i>	<i>Age</i>	<i>Sexe</i>	<i>Faculté d'origine</i>	<i>Semestre d'internat</i>	<i>Stages Effectués</i>
<b>3</b>	Ca.	28	F	Grenoble	6ème	Urgences Neurologie UPL Pédiatrie Cardiologie Infectiologie
	Y.	31	M	Lyon	A fini, remplaçant non thésé	Cardiologie Gastro-entérologie UPL Urgences Gynécologie Rhumatologie
	Cl.	27	F	Grenoble	5ème	Cardiologie Gynécologie UPL Urgences HAD
	A.	26	F	Lyon	5ème	Urgences UPL Pédiatrie Gastro-entérologie Médecine polyvalente
	Cé.	27	F	Nancy	5ème	Cardiologie Gynécologie/Pédiatrie UPL Urgences Gériatrie
<b>4</b>	A.	25	F	Paris XII	1er	Gastro-entérologie
	C.	24	F	Marseille	1er	Urgences
	N.	24	F	Dijon	1er	Cardiologie
	Y.	27	M	Dijon	3eme	Urgences Gynécologie UPL
	J.	32	F	Grenoble	2 <sup>eme</sup>	MPR UPL
<b>5</b>	A.	25	F	Dijon	3ème	Urgences Gynécologie UPL
	Lt.	27	F	Besançon	3ème	Médecine Polyvalente Gynécologie UPL
	E.	27	F	Rouen	3ème	Neurologie Gynécologie UPL
	F.	26	F	Dijon	5ème	Pneumologie Urgences UPL Urgences Pédiatriques Unité post-urgence
	Lr.	25	F	Grenoble	3ème	Urgences Gynéco UPL
	C.	26	F	Lyon	3ème	Urgences Pédiatriques Urgences Adultes UPL

## **B. DIFFICULTES RESSENTIES DANS LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS DOULOUREUX CHRONIQUES**

---

### **1. Difficultés techniques**

#### **a. Les difficultés de nature diagnostique**

La douleur était difficile à évaluer, à caractériser. Le caractère subjectif de la douleur, son intrication entre le psychique et le somatique, les différences d'expression de la douleur d'un patient à l'autre expliquaient cette difficulté.

Les internes ont évoqué régulièrement la peur de méconnaître un diagnostic grave, particulièrement chez les patients dont la douleur était d'origine psychosomatique. Poser le diagnostic d'une douleur d'origine psychosomatique était complexe. Ils craignaient de surmédicaliser ces douleurs. Ils doutaient d'eux-mêmes et sollicitaient les spécialistes. La répétition des consultations entraînait une tendance à moins examiner les patients. L'absence de diagnostic étiologique de la douleur majorait les difficultés. Ceci conduisait à multiplier les examens complémentaires ou à les utiliser comme outil thérapeutique, d'effet variable : être un élément de réassurance pour le patient et le soignant, conforter le patient présentant une douleur d'origine psychosomatique, sur la nature purement somatique de sa douleur et ainsi être anxiogène.

*« Et puis, le jour où elle fait un problème grave, on dit que c'est « psy ». Et puis, on se rend compte après que c'est un problème grave » Cl.FG3*

*« Moi, ça me met vraiment en difficulté quand je n'arrive pas à mettre le doigt sur quelque chose pour soigner les gens. » Ca. FG3*

*« Il y a les patients qui ne se plaignent pas comme tu disais, et que tu vois qui n'arrivent pas à s'asseoir sur une chaise, qui ont l'air de souffrir atrocement intérieurement mais qui ne l'extériorise pas ...là aussi c'est compliqué » E. FG5*

*« Et, c'est ça, à quel moment tu passes la barrière du psychiatrique » J. FG4*

*« Moi, ce que je trouve difficile c'est de faire la part entre la cause somatique et la cause psychique de la douleur. Celle-là, typiquement est-ce qu'elle a mal parce que c'est la part psychique et qu'elle supporte mal ? » J. FG4*

#### b. Les difficultés thérapeutiques

Des difficultés d'ordre thérapeutique sont apparues, comme la gestion des médicaments, les thérapeutiques non médicamenteuses et alternatives, l'impasse thérapeutique, la peur d'entretenir la douleur.

L'instauration du traitement médicamenteux soulevait des questions. Ils n'osaient pas instaurer un traitement, encore moins un traitement morphinique. Ils avaient des difficultés à modifier un traitement en cours. Ils manquaient d'assurance concernant l'initiation, l'augmentation des doses, les posologies, la durée des traitements. Terminer une consultation sans rédaction d'une ordonnance était difficile. Reconduire une ordonnance apparaissait comme plus sécurisant que la modifier. Les morphiniques étaient particulièrement délicats à prescrire ; l'escalade thérapeutique, les effets secondaires et la dépendance étaient redoutés. L'équivalence entre les substances de palier 3 était source d'inquiétude.

Les participants à l'étude ont soulevé la question de la place de l'interne dans l'initiation de nouveaux traitements. Ils se sentaient désemparés devant des patients en échec thérapeutique. Cette difficulté était majorée lorsqu'aucune étiologie organique n'était retrouvée. Ils manquaient de connaissance dans des pathologies comme la fibromyalgie ou les douleurs neuropathiques. Ils manquaient d'expérience et de connaissance sur les médicaments spécifiques. L'initiation et l'adaptation posologique étaient difficiles.

Certains ont mentionné la crainte d'entretenir la douleur des patients. Ils décrivaient être en difficulté pour prendre en charge leurs patients de façon plus globale, notamment ils avouent être gênés pour ce qui est de la prise en charge psychologique.

*« Ah ouais, je trouve ça difficile en tant qu'interne de démarrer un traitement antidépresseur ou... » J. FG4*

*« C'est pour ça, la question en tant que médecin gé, est-ce que t'as un rapport bénéfice-risque ou pas en mettant des morphiniques ? » J. FG1*

*« Ce qui est difficile c'est que parfois on a envie de soulager sa douleur, augmenter les doses (...), et il dit «ben non, si je monte trop les doses (...), je ne peux rien faire ». Et, en fait (...), on ne soulage pas totalement et ils voudraient qu'on soulage mais ils savent très bien qu'on perd en confort de vie en augmentant les traitements. » N.FG2*

*« Le traitement de la douleur tel qu'on nous l'apprend, c'est le principe de reconduire une ordo plutôt que de rechercher à l'optimiser, tu vois. Et donc, au lieu de chercher sur ce qui fait la douleur du patient et ben on va la coter de 0 à 10. Et bah tiens il est à 6 et ben je vais mettre un palier 2 » D. FG2*

*« On sait que derrière, il y a une détresse et c'est la vie au jour le jour qui est difficile et que l'on n'arrive pas à prendre en charge correctement je pense le plan psychologique avant le plan douleur stricto sensu. » D. FG2*

### c. Difficultés liées à l'orientation du patient

La problématique décrite par les internes concernait la méconnaissance des réseaux de la douleur mais aussi la difficulté à adresser un patient au centre de lutte contre la douleur depuis les cabinets de Médecine Générale. Ils mentionnaient ne pas savoir à qui adresser leurs patients par manque de correspondant de confiance que ce soit au niveau médical que Résultats

paramédical. Ils complétaient en disant avoir un carnet d'adresses pauvre en tant qu'interne. Le manque de collaboration interprofessionnelle et l'isolement ressenti en libéral étaient des freins.

*« Oui, une des difficultés quand les patients nous disent : « qui est-ce que je pourrai voir comme bon ostéopathe, bon kiné ? ». Je ne les connais pas. A qui je peux faire confiance ? »*

*A. FG5*

*« Le réseau de la douleur euh...et où ça se trouve bah je ne sais pas moi, je ne les connais pas, j'ai jamais eu affaire à ça. » P. FG1*

*« Et, voilà, qu'est-ce qu'on fait en Médecine Générale en visite à domicile, seule, avec cette dame en deuxième semestre ? » A.FG3*

*« Je trouve qu'on ne travaille pas trop kiné-médecin quand on passe dans les services, UPL ou en SASPAS. » Cl. FG2*

### c. Difficultés liées à la consultation

La durée de la consultation posait problème aux internes, que ce soit en milieu hospitalier ou au cabinet de Médecine Générale. Vingt minutes semblaient trop courtes pour aborder la part psychologique et approfondir les différentes problématiques liées à la douleur chronique. Ils n'avaient pas toujours envie de prendre ce temps. L'organisation de la journée était un facteur notable : la récurrence de patients douloureux chroniques provoquait lassitude, manque de patience, perte d'efficacité et de motivation au fil du temps. La programmation d'une consultation de synthèse apparaissait comme nécessaire.

L'organisation du dossier médical était évoquée, en particulier l'historique des traitements entrepris, efficaces et supportés.

La rédaction d'ordonnances sécurisées n'était pas une difficulté, l'accès à celles-ci l'était en service hospitalier.

## Résultats

La prescription de soins paramédicaux ou psychologiques était délicate car ceux-ci n'étaient pas pris en charge par l'Assurance Maladie.

*« C'est dur parce que c'est extrêmement chronophage d'aller gratouiller autour de la douleur, comment ça se passe avec votre femme, vos enfants ? » Y. FG4*

*« Ce qui est rigolo c'est que nous on fait souvent des consultations de suivi, j'en vois pleins des consultations de suivi un peu désorganisées et rarement le prat dit : « Allez dans 15 jours, on se fait une grosse consult où on remet tout sur la table, on réévalue tout ». Ca c'est un truc qu'on nous apprend pas à faire » Y. FG4*

*« Du douloureux chronique, on sait absolument pas d'où il vient en terme de stratégie thérapeutique, et le patient souvent est incapable de le dire parce qu'il a un petit peu tout essayé » Y. FG4*

## **2. Difficultés propres à l'interne**

### **a. Difficultés personnelles**

#### *i. Difficultés émotionnelles*

Le jeune âge des internes semblait être une difficulté : ils ressentaient un manque de crédibilité, d'expérience et de pratique. Ils se retranchaient derrière leurs connaissances médicales. Ils étaient mal à l'aise dans la prise en charge psychologique et face à des patients plus âgés. Ils expliquaient manquer de confiance et avaient l'impression de se laisser dominer par des patients manipulateurs. L'échec de prise en charge était mal vécu avec un sentiment d'incompétence qui les poussait à se recentrer sur eux-mêmes. Ils ne se sentaient pas à leur place en tant qu'interne, d'intervenir après un médecin généraliste ou un spécialiste en doutant de leurs capacités à proposer une thérapeutique. Ils mentionnaient être insatisfaits de ne pas



réussir à prendre en charge un patient douloureux chronique alors qu'il s'agissait d'une mission de Médecine Générale. Être confronté à la souffrance d'autrui était difficile.

*« Ca nous met en difficulté en tant médecin, surtout en tant que jeune médecin, surtout parce que l'on a l'impression de ne pas avoir la crédibilité suffisante face à ces patients (...). C'est vrai que c'est frustrant. On est frustré par rapport à ces patients. » Ca.FG3*

*« J'ai l'impression qu'en tant que jeune médecin, on arrive à être sûr devant le patient parce que l'on a les connaissances médicales. Alors que j'ai l'impression que les médecins qui ont plus d'expérience, ils ont de l'assurance parce qu'ils ont de l'expérience (...). Nous, on se cache un peu derrière nos connaissances. » Ca.FG3*

*« Quand tu passes en tant qu'interne derrière ton médecin et les spécialistes, tu te dis : « Attends mais on est allé de rhumato à médecin gé à interne enfin bientôt c'est l'externe, le P1 au café à qui on va donner la patiente ». Et t'as l'impression que ça suit pas l'ordre naturel des choses qu'on a tous en tête à savoir interne-médecin gé-spécialiste- sur spécialiste. » Y. FG4*

*« Le fait d'être interne, enfin pour moi en tout cas, c'est une certaine naïveté. Et le patient le ressent tout de suite même il vient avec cet a priori des fois. Et, quand ils ont un profil un peu manipulateur, même de façon inconsciente, ils prennent facilement le dessus. » E. FG5*

*« Qui profitent de ta place pour te faire culpabiliser, te faire pression ou remonter les équipes contre toi. » J. FG4*

*« - Mais, c'est d'après se sentir pas efficace, se sentir inutile (...). Et puis, quand on se sent inutile on se sent moins bien.*

*- On se recentre sur nous, à ce qu'on a fait de mal » C. puis Lr. FG5*

*« Le ressenti de la douleur, notre pratique, des épisodes personnels parfois euh ou familiaux ou des gens qui ont énormément soufferts autant psychologiquement que physiquement, je trouve que ce n'est pas évident » N. FG2*

## *ii. Difficultés liées au comportement de l'interne*

Les internes évoquaient l'importance de l'investissement personnel qui était fonction de l'intérêt, des capacités d'écoute, de la patience, de l'affinité pour les douleurs chroniques. Ils exprimaient un sentiment de lassitude et un manque d'empathie. Prendre en charge un patient douloureux chronique leur demandait une implication plus conséquente que pour d'autres situations cliniques.

L'échec était mal vécu avec un sentiment d'inutilité et de mal être. Le fait que les patients pouvaient jouer à les mettre en échec était difficile ce qui renforçait leur mauvaise prise en charge. Ne pas proposer une thérapeutique et adresser au centre de lutte contre la douleur étaient ressentis comme un échec. Ils se sentaient attaqués dans leur vision de la médecine et dans leurs compétences. Il était difficile d'accepter de ne pas pouvoir traiter et guérir une douleur, et d'avouer au patient l'absence de réponse à leur douleur.

Les internes mentionnaient avoir des a priori négatifs envers les patients avec des douleurs psychosomatiques. Ces douleurs n'étaient pas comprises et les internes doutaient de la réalité de ces douleurs. Traiter une douleur à laquelle il ne croyait pas était difficile. Il y avait les « vrais patients » avec des « vraies douleurs. ». Il leur était compliqué de ne pas mettre les patients dans des cases.

Ils expliquaient fuir la prise en charge des patients douloureux chroniques et mettaient de côté la douleur et privilégiaient les pathologies aiguës ou plus graves. Ils ne se sentaient pas encadrés par les médecins spécialistes en milieu hospitalier.

*« Et après, on a tous nos affinités. Il y a des gens qui ne sont pas faits pour écouter ce genre de patients et ce genre de patients se dirigent vers des médecins qui justement arrivent à les écouter et à répondre ces plaintes constantes. » A. FG3*

« On n'est pas tous amené pouvoir pratiquer ce genre de médecine non plus hein. De toute façon, on voit bien selon chaque médecin, qui a des patients chroniques euh notamment les colopathes fonctionnels, les lombalgiques chroniques ? (...) Je pense qu'on n'est pas tous selon notre caractère ou notre façon de voir les choses en mesure de pouvoir répondre à ces patients-là, quoi. » F. FG5

« On a l'impression justement qu'ils jouent à nous mettre un petit peu en échec et c'est des gens qui je pense, quelle que soit la thérapeutique qu'on leur propose (...) de toutes façons, ce ne sera pas efficace ou pas toléré. » F. FG5

« Ca m'arrive de l'avoir même si j'aime pas la réaction euh de défense. En fait, parce qu'on se sent attaqué euh dans notre compétence, notre dignité de médecin euh parce qu'on est en échec. » Y. FG4

« Faut arriver à dire aux gens que tu n'as pas la réponse, que la science n'a pas la réponse, que leur médecin de famille qui les suit depuis des années. » Cl. FG3

« Si dans notre super flèche, je ne comprends pas égal psy. Ca va souvent avec je ne comprends pas égal psy euh cette douleur c'est de la connerie en barre, je ne traite pas. » Y. FG4

« Hein, c'est vrai, on...les fibromyalgiques, je les fiche dans une case et je me dis peut-être qu'un jour dans un coin, on va trouver une vraie cause organique et je vais me sentir mais euh tellement affreuse parce que je me suis dit «celles-là, c'est encore des folles ». » Lr. FG5

« Les vrais patients qui ont des vraies douleurs organiques » Lr.FG5

#### b. Difficultés liées à la formation.

Les internes ont décrit des difficultés de formation théorique avec méconnaissance des classes médicamenteuses, des posologies, des effets secondaires et des bilans pré-thérapeutiques notamment pour les douleurs neuropathiques. L'effet des traitements des douleurs neuropathiques leur paraissait mystérieux et ils se sentaient moins bien formés. Ils décrivaient

Résultats

le manque d'habitude de prescription. Ils expliquaient que la douleur ne représentait qu'une petite partie du programme d'externat et qu'ils manquaient d'intérêt pour cette thématique.

La prise en charge globale et les maladies psychosomatiques comme la fibromyalgie étaient des domaines auxquels ils étaient mal formés.

Les internes décrivaient un manque de formation concernant les médecines alternatives, thérapies paramédicales et conseils hygiéno-diététiques sur leurs mécanismes d'action, fonctions et indications. Ils ressentaient des lacunes en psychologie médicale et dans le dépistage de syndrome dépressif sous-jacent. Rencontrer les associations de malades pouvait les aider.

Ils s'étonnaient que durant l'externat, les thérapeutiques paramédicales et alternatives n'étaient pas abordées tout comme la prise en charge globale des patients. La formation était plus axée sur le diagnostic, les thérapies scientifiques. Certains mentionnaient un doute et une réticence envers les médecines alternatives.

Ils faisaient le constat particulier des stages UPL où il était difficile de s'intéresser aux techniques non médicales de prise en charge de la douleur.

Mettre en application la théorie apprise était compliqué.

Ils mentionnaient que leur prise en charge était différente selon leur lieu de stage.

Leur disponibilité et la surveillance variaient selon s'ils étaient en stage hospitalier ou en ambulatoire.

Ils se rendaient compte de la réalité concernant les traitements et de la vie des patients en libéral.

*« Mais les médicaments en tant que tel, l'externat, on n'apprend pas les posologies. On dit « mettez de la morphine ».D'accord mais entre l' Oxynorm®, Skénan® et autres molécules, enfin, on n'est pas du tout formé non plus.» Cé. FG3*

*« Par rapport aux douleurs neuropathiques, ce qui est compliqué, c'est par rapport au traitement. C'est que on ne peut pas les mettre comme ça, il y en a qui ont des bilans pré-thérapeutiques qu'on connaît pas toujours très bien, des effets secondaires, qui ne marchent pas forcément tout de suite, tout ça. » C. FG5*

*« C'est vrai que là, on est chez le praticien, moi j'avais envie d'aller voir chez des kinés, ostéos. Pourquoi pas ? Mais, ce n'est pas évident de le faire tout seul. » Lt. FG5*

*« Parce que je trouve que quand j'essaye d'écouter des patients ou de proposer des conseils psychologiques, j'ai l'impression de faire de la psychologie de caniveau, enfin de platitude. Et, je n'ai aucune formation, enfin je ne fais pas mieux que la concierge. » Lr. FG5*

*« Mais ,c'est vrai qu'on est hyper mal formé et c'est le genre de pratiques qui est tu. On a fait dix ans d'études et c'est vrai qu'en dix ans, on n'en parle pas. » Cl. FG2*

*« Je pense qu'au moment où c'est appris, où on nous le donne à apprendre, on n'en ressent pas la nécessité (...). Il y a peut-être une dissociation entre le moment où tu en as besoin et où on ne te l'apprend plus et le moment où on te l'apprend et tu n'en ressens pas la nécessité de l'apprendre. » D. FG2*

*« Ca dépend vraiment du cadre, parce qu'entre notre statut en UPL et les stages qu'on fait en dehors, on ne prend pas du tout en charge pareil. Le patient qui arrive aux urgences, pour des douleurs chroniques, bah c'est rapidement qu'on a tendance à perdre patience, alors que chez le généraliste, on sait que c'est nous. » A. FG5*

### c. Difficultés liées à la relation médecin-malade.

L'intervention ponctuelle de l'interne interférait avec la relation qui était jugée moins intéressante, le lien plus difficile à créer et le recul plus compliqué à prendre. Ils ne sentaient pas à leur place et se questionnaient sur l'utilité de leur intervention. Il était difficile de faire une synthèse médicale d'où l'inclinaison à prescrire des examens complémentaires. Un

sentiment de frustration émergeait lié au renouvellement des ordonnances systématiques et l'impossibilité de proposer une prise en charge et d'évaluer leurs prescriptions.

Des difficultés liées à la communication ont été décrites concernant la thérapeutique, les conseils hygiéno-diététiques et la caractérisation de la douleur mais aussi auprès de patients d'origine ethnique ou culturelle autre. Ils exprimaient des réactions particulières envers les patients dont la douleur était psychosomatique : se fermer, manquer d'assurance, peur que les patients se sentent jugés. Amorcer une accroche avec eux était difficile. Faire entendre au patient que le médecin n'était pas un magicien était compliqué.

Faire accepter le syndrome douloureux chronique n'était pas évident avec l'absence de guérison ou d'étiologie. Suggérer l'origine psychosomatique ou l'existence d'un problème psychologique sous-jacent était gênant tout comme de proposer une prise en charge psychologique voire psychiatrique.

*« De toute façon, c'est un suivi et c'est ça aussi qui est difficile en tant qu'interne. C'est souvent que tu es là un peu de façon ponctuelle et que c'est des gens qu'il va falloir suivre, les accrocher, les motiver. L'interne, il vient un peu de passage quoi. Donc même s'il est content de te voir, est-ce que c'est vraiment utile pour lui à ce moment-là ? Parce qu'il a besoin de quelqu'un qui va le suivre longtemps. » J. FG4*

*« Et des fois, ça reste un peu frustrant parce que faire des papiers, voilà, des fois, on a l'impression que ce n'est pas complètement légitime. Les papiers qu'on remplit parce que l'on ne comprend pas. » C. FG5*

*« Il y a des moments où la communication, il n'y en a pas parce que le patient est là avec ses multiples revendications, avec ses souffrances, avec ses nombreuses demandes. Et, nous en face, on est complètement fermé parce qu'on a fait tous les examens de la Terre, qu'on a essayé tous les médicaments et que ça ne marche pas. Et qu'on est persuadé que...on met l'étiquette psy, elle est hystérique. » Ca.FG3*

*« Oui, je pense qu'il y a quelque chose que l'on n'arrive pas à appréhender chez ces patients. On sait qu'il y a quelque chose mais on n'arrive pas à savoir quoi. On n'arrive pas à les accrocher sur un sujet (...). Pourtant j'essaye, je lui lance des perches, elle ne les rattrape pas. C'est difficile, oui c'est peut-être la communication. » Ca. FG3*

*« Des fois, dans l'imaginaire du patient, on est un magicien qui va leur effacer leur douleur et euh c'est difficile de leur faire comprendre que ce n'est pas le cas. » C. FG5*

*« Dire aux gens : « bah écoutez, je pense qu'en plus de votre douleur, il y a quand même une dépression qui s'installe. Ce serait peut-être bien d'en parler etc. ». Ca c'est, je trouve que c'est pas facile, hein. » J. FG4*

### **3. Difficultés liées au patient**

#### **a. Difficultés liées au profil et à la personnalité du patient**

Les profils manipulateurs et hystériques de patient mettaient les internes en difficulté avec le sentiment d'être mis en échec. L'aspect psychologique de la prise en charge était complexe du fait des réticences de la part des patients. Les patients déprimés, anhédoniques ou dépressifs les gênaient avec la question de la fragilité comme cause ou conséquence de la douleur.

Le comportement et l'environnement du patient ont été source d'autres difficultés. Les patients étaient demandeurs de soins, exigeants sur la prise en charge, leurs plaintes étaient multiples au cours d'une même consultation. Le nomadisme des patients douloureux chroniques était vécu comme une infidélité. L'isolement socio-familial des patients concourait à leur propre mal-être. Les internes ont exprimé être gênés par la gestion de l'entourage et de la famille du patient.

Les internes étaient en difficulté du fait des croyances erronées des patients autour des traitements : peur de l'accoutumance et des effets secondaires, méfiance sur l'efficacité du médicament tout ceci en particulier pour les morphiniques. Ils décrivaient être en difficulté

Résultats

face au refus du patient. Le fait que le patient se focalisait sur sa douleur était l'objet de difficulté.

Les bénéfices secondaires des patients dérangent les internes dans leur prise en charge. Ils ressentent que le patient tire profit de sa douleur pour avoir un bénéfice financier, familial et professionnel. Le patient se complait dans sa douleur. Ils se questionnent sur le fait que la douleur altère plus la sphère professionnelle.

*« C'est clair qu'il y a un jeu qui s'installe avec les patients qui essaient de mettre en échec son médecin, qui voit qu'il y arrive de temps en temps. » A. FG3*

*« Et par rapport à ce que tu dis, euh par rapport à notre caractère et par rapport au fait que l'on soit interne, ce qui est le plus difficile pour ces patients tout particulièrement chez ces patients où le profil psychologique est plus important qui peuvent être manipulateur. » E.FG5*

*«- La douleur chronique induit une fragilité, ça mine aussi l'esprit quoi.*

*- ouais*

*-et heu, c'est vrai qu'on dit toujours c'est une personnalité fragile qui serait p'têtre responsable de la douleur mais je crois aussi que c'est la douleur chronique qui finalement fini par te miner et tu finis par être obnubilé par la douleur » An.FG1*

*« Souvent les douloureux chroniques, ils sont coupés du monde socialement. Ils n'ont pas beaucoup de famille. Je pense que ça joue. » M. FG2*

*« Ca pose la question de l'entourage, la difficulté à gérer l'entourage. (...). Et finalement, c'est pollué par la famille qui est super stressée dès qu'elle a l'impression qu'il y a la moindre petite souffrance ou que ce n'est pas à efficacité maximale. Du coup, on est plus à gérer finalement la famille que le patient. » Ch.FG2*

*«Je sais que le plus gros souci que j'ai, c'est tout ce qui est fausses croyances autour des morphiniques. » Cl. FG3*



*« Toute façon, tout a son intérêt. On en voit aussi en consultation parce qu'ils veulent leur renouvellement d'arrêt de travail et qui veulent être en invalidité, qu'ils veulent que ça colle dans les maladies professionnelles reconnues en maladies en maladies professionnelles. Et tout ça, ça les arrange quoi. » J. FG4*

#### b. Difficultés liées à la douleur en elle-même

Les internes ont été gênés par la subjectivité de la douleur. La douleur était différente et vécu différemment selon chaque patient. Le fait que le patient ne savait pas évaluer et décrire sa douleur était un frein pour les internes.

La douleur chronique vue comme un phénomène complexe faisait émerger une appréhension et des préjugés.

*« C'est difficile de savoir quoi, enfin, sur quel pied danser entre guillemets, parce qu'il y a des patients qui vont dire d'emblée : « j'ai une EVA à 9, 10 », et d'autres dont tu sais que ce soit par la clinique ou par le scanner où t'as des plages d'ostéolyses dégelasses dans tous les sens qui doivent souffrir le martyr. Et au contraire, ils sont hyper sereins et ils te disent ça va. » D. FG2*

*« C'est lâche, prenez l'exemple des fibromyalgiques. Mais à chaque fois, je me dis « bah zut, ça va être compliqué ». » Lr. FG5*

### **C. LES ATTENTES CONCERNANT LA FORMATION**

---

Les solutions apportées par les internes de Médecine Générale du bassin Grenoblois pouvaient se diviser en 4 thèmes : la formation théorique, la formation pratique, une prise en charge du patient dans sa globalité et le renforcement du travail en équipe.

Résultats

## 1. La formation théorique

### a. Sur la douleur chronique

Les internes de Médecine Générale proposaient une formation plus complète, obligatoire, particulièrement en début de troisième cycle des études médicales. Ils souhaitaient avoir des rappels sur la physiologie et la gestion des thérapeutiques médicamenteuses notamment l'initiation et l'adaptation des traitements. Enfin, ils voulaient un enseignement spécifique pour une prise en charge adaptée à la médecine de ville. Ils proposaient pour cela, des séminaires dédiés à la douleur, avec des mises en situation sous forme de cas cliniques à résoudre ou de critiques à partir de consultations filmées.

*« Pour être fort en douleur, il faudrait à la fois des formations hyper basiques sur la pharmacopée, introduire les traitements, gérer les traitements. » Y. FG4*

*« Un cours qui nous disent comment traiter la douleur finalement avec les moyens de la Médecine Générale » N. FG2*

*« Des cas concrets, c'est-à-dire filmer des consultations, parce que moi je pense que filmer des consultations, c'est génial à mon avis, c'est ce qui apporte le plus parce que les consultations quand ils parlent ils apportent tellement de choses, il y a les non-verbal comme on dit et il y a les verbal etc.... » J. FG4*

### b. Sur la psychologie médicale

Les internes ne se sentaient pas compétents en psychologie, tout en concédant qu'il s'agissait d'une grande partie de l'exercice de la médecine de ville. Ils exprimaient la nécessité d'une formation sur les bases de la psychologie médicale.

*« On parle de psychothérapie de soutien...quelques outils...quelles sont les choses à dire ? Des petites règles de base, des petites choses qui font que quand on se retrouve face à des gens qui sont en pleurs parce qu'ils ont mal et parce qu'ils sont mal pour d'autres raisons, et bien on sache quelles choses sont à dire, et les choses à ne pas dire. Parce que je trouve que parfois on est à marcher sur des œufs et à se dire : « zut, je vais faire une gaffe » et on n'a aucune idée de quoi dire. » Lr. FG5*

*« Une psychologue parce qu'on n'est pas bon clairement. On sort au bout de 10 ans d'études et on comprend quand on passe chez le médecin généraliste que voilà, il y a une part psy de notre métier que l'on n'a pas appris. » Cl. FG2*

### c. Sur les alternatives thérapeutiques

Les internes manquaient de connaissance sur les thérapeutiques non médicamenteuses. Ils se sentaient dans une impasse lorsque les traitements médicamenteux essayés étaient inefficaces. Ils manquaient de connaissances sur les possibilités d'orientation de ces patients et n'étaient pas à l'aise à propos des alternatives thérapeutiques. Ainsi, ils souhaitent approfondir leurs connaissances sur les méthodes non-médicamenteuses, afin de pouvoir connaître leurs indications et de conseiller au mieux leurs patients. Certains voyaient cette formation comme une ouverture d'esprit vers d'autres pratiques, auxquelles les patients pourraient être réceptifs.

*« C'est qu'il serait bien de s'ouvrir un peu aux autres techniques, il paraît que l'hypnose il y a pleins d'autres choses, pas forcément se former là-dedans, parce qu'on peut pas tous tout faire mais savoir que ça existe et avoir 2-3 notions dessus. » J. FG1*

*« Un séminaire sur la douleur avec une partie sur la prise en charge paramédicale, enfin je ne sais pas comment appeler ça mais avec des interventions... justement, les possibilités et savoir en gros ce que c'est, puis pour savoir qu'on peut le proposer. » Ch. FG2*

*« Ce sont des méthodes qui ne sont pas scientifiquement prouvées mais quand on est dans l'impasse thérapeutique, pourquoi ne pas proposer ça ? Faut être un peu ouvert. » N. FG2*

#### d. Sur la communication

L'ensemble des internes parlaient de leurs difficultés de communication avec leurs patients douloureux chroniques. Ils dénonçaient une formation quasi-inexistante à ce sujet bien qu'il s'agissait d'un élément-clé pour une relation médecin-malade de qualité.

Ils souhaitaient une formation plus approfondie avec l'introduction de techniques de communication.

Les avis sur les techniques d'enseignement de la communication étaient partagés. Certains proposaient des jeux de rôles alors que d'autres y étaient réfractaires. L'idée d'une formation vidéo avec l'enregistrement de la consultation était aussi proposée.

*« Bah qu'on soit formé à la communication quoi, la communication, euh, pour le bien de l'autre, comment faire passer un message à l'autre, comment le faire amener à accepter tes idées ou à les recevoir sans lui rentrer de front, enfin les grosses erreurs à éviter, qui mènent droit dans le mur et des ficelles finalement. » P. FG1*

*« Je trouve que le boulot du médecin, c'est aussi ça, ce n'est pas que la clinique, du contact, c'est aussi du verbal, de la communication. Et je trouve que d'avoir un séminaire un peu tôt, cela fait partie du travail de médecin généraliste. » Cl. FG3*

*« Et puis, il faudrait une part de « com » aussi, savoir cadrer en consultation un douloureux chronique, quelles questions sont pertinentes, qu'est-ce qui sert à rien, non mais voilà. » Y. FG4*

*« Je pense qu'il y a quand même des vraies connaissances, tu dis communication... bah je suis sûr tu te fais une bonne formation vidéo etc., tu t'enregistres, t'apprends à avoir une bonne élocution et la gestuelle etc. » An. FG1*

e. Les groupes d'acquisitions de compétences (GAC)

Un interne mentionnait l'intérêt des GAC dans le cas de pathologies compliquées comme la douleur chronique.

Les GAC permettaient de pouvoir parler de leurs difficultés sur les plans techniques et émotionnels, avec d'autres internes ainsi que des personnes plus expérimentées. Cela constituait une échappatoire.

*« Et je pense que c'est important, notamment en GAC, enfin plusieurs fois j'ai parlé de cas comme ça qui étaient vraiment durs. Je pense qu'en GAC, c'est vraiment important de pouvoir retranscrire cette douleur, de pouvoir s'en séparer...Et je pense que dans la formation c'est important aussi d'avoir des moments d'échappatoires comme ça où l'on puisse en parler. » Cé. FG3*

*« Plusieurs fois en GAC, cela m'a vraiment aidé de parler de ce genre de choses...Enfin, voilà, je trouve qu'en parler c'est important entre nous, avec des gens formés à ça aussi. » Cé. FG3*

f. Une formation adaptée

i. Concilier la théorie et la pratique dans le temps

La formation sur la douleur ou module 6, la relation médecin-malade et la communication intervenaient, selon les étudiants, trop précocement dans leur cursus.

Pour certains internes, il était souhaitable que cette formation soit réalisée ou répétée lors de l'internat, étant plus réceptifs à des formations pratiques après l'ECN.

*« Bah, c'est vrai qu'il serait plus judicieux que ce soit après l'internat en fait... » Lt. FG5*

*« Je pense aussi que c'est important de le répéter. Comme tu disais, on n'a pas la même approche quand on est externe que quand on est interne. Ton regard d'externe qui te dit : « la communication d'accord, moi j'ai l'ECN à bosser ! », mais après quand t'es interne et que tu es confronté à cette situation : « Ah bah oui, mais ça je l'avais appris ». Et donc, avoir un petit rappel, je pense ça peut être vraiment profitable. » Cé FG3*

## *ii. Intervention de spécialistes*

Que ce soit sur la formation à la douleur chronique, les bases de la psychologie médicale, la communication ou sur les alternatives thérapeutiques, les internes proposaient l'intervention des spécialistes en question pour que l'enseignement soit rendu plus pertinent.

*« Ce serait plus une formation quitte à faire venir des kinés, des ostéos, faire venir des gens qui pratiquent la mésothérapie, des acupuncteurs, mais qui nous expliquent un peu d'autres choses que le médicamenteux qu'on apprend depuis des années et qui a ses limites chez ces patients-là. » Cl. FG2*

*« Du coup, il faudrait d'autres intervenants, c'est pas les mecs de Médecine Générale les premiers qui font de l'hypnose, qui va pouvoir nous parler de son expérience, qu'ils fassent venir des vrais gens quoi. » P. FG1*

*« Bah ce serait peut être déjà intéressant que ce soit quelqu'un qui s'occupe des soins palliatifs, qu'il soit dans l'équipe de la douleur, ce serait pas mal. » Lt FG5*

## **2. La formation pratique**

### **a. Une formation personnelle par le biais des stages**

Les internes formulaient l'idée de s'améliorer dans la prise en charge des patients douloureux chroniques par le moyen de stages en centre de la douleur afin de pouvoir y rencontrer les

Résultats

spécialistes. Ils exprimaient également le besoin d'aller rencontrer les paramédicaux au cours de leur stage UPL.

Certains internes évoquaient le principe d'une formation à la carte en fonction des intérêts de chacun.

*« La meilleure formation, c'est les stages, mais...tu ne peux pas faire des stages dans tout. »*

*Y. FG3*

*« En début d'internat, et ben s'il y a des gens qui s'intéressent aux douleurs chroniques et bah on vous incite à, euh, choisir tel ou tel terrain de stage parce que vous allez fréquenter, euh, voilà, euh, ces équipes-là, ou même imaginer qu'il y a des, tu vois juste faire quelques consultations, euh, voilà. » An. FG1*

*« Bah un stage de douleurs-soins palliatifs, ça serait pas mal hein, au moins qu'on reste au moins deux semaines chacun. » A. FG4*

*« Moi je crois beaucoup en la formation un peu à la carte quoi. » An. FG1*

#### b. L'investissement personnel

Les internes s'accordaient à dire qu'en complément de la formation théorique et pratique apportée par la Faculté, un investissement personnel était nécessaire pour améliorer la prise en charge.

Cet investissement individuel, plus ou moins important en fonction de chacun, pouvait se faire par le moyen de documentation, de rencontres avec des spécialistes, des associations de malades et des paramédicaux.

Selon une interne, le passage à l'internat était propice à cet investissement personnel grâce à une plus grande disponibilité.

*« Et je pense que si on est un peu intéressé au sujet, du coup on saisit les opportunités pour, euh, rencontrer les personnes qui savent et puis du coup, aller en consultation et échanger sur le sujet. » An. FG1*

*« Si ça t'intéresse en plus, tu perdras moins de temps à t'acheter un bouquin dessus, ou aller regarder sur internet que d'aller te faire chier pendant trois heures en amphi. » Y. FG3*

*« Et puis c'est en allant voir avec d'autres médecins, des généralistes, des spécialistes. » Ca. FG3*

*« Peut-être suivre une demi-journée les consultations d'un médecin de la douleur, on va un peu tout confondre. Alors que si à chaque fois, si on fait l'effort à chaque patient qui en a besoin d'essayer de comprendre ce qui va être fait, c'est le meilleur moyen après de s'en souvenir. On est un cerveau limbique qui fait le travail : « Ah bah je me rappelle, on avait fait ça, ça et ça et pourquoi est-ce qu'on l'avait fait ? ». Donc je pense qu'il y a aussi une part de travail personnel qui n'empêche pas que par ailleurs, ils nous fassent des séminaires ou des trucs comme ça, de gestion de la douleur. » D. FG2*

### c. Acquisition d'une expérience personnelle progressive

Selon les internes, la formation sur la douleur chronique se complétait de l'acquisition progressive d'une expérience personnelle.

De manière générale, plus ils étaient confrontés à des situations cliniques, plus ils étaient à l'aise sur le sujet. Cela était valable pour le cas des patients douloureux chroniques.

Ils mentionnaient un retour pédagogique insuffisant sur leur prise en charge, qui pénalisait leurs apprentissages.

*« Et puis après, c'est comme dans tout quoi, t'es, plus t'es à l'aise enfin tu deviens à l'aise quand tu en vois beaucoup, quoi, donc il faudrait en voir régulièrement. » N. FG4*



*« C'est vrai qu'on a pas du tout de formation, enfin très peu de formation théorique, mais je me dis que même si on m'inondait de formation théorique sur l'écoute active, sur prendre en charge le patient sur ce versant-là, il n'y a que vraiment en pratiquant qu'on se fait son expérience. » Ca. FG3*

*« C'est peut-être aussi en étant en difficulté que l'on apprend aussi, enfin... je pense qu'on se fait vraiment notre expérience en stage, enfin au contact du patient. » Ca. FG3*

#### d. Encadrement de l'interne à l'hôpital

Un interne qui avait eu une information sur l'existence d'une équipe mobile de soins palliatifs et de la douleur ainsi qu'une formation à ce sujet au sein de l'hôpital, proposait que cet accompagnement soit poursuivi tout au long de l'internat.

*« On a eu une réunion où on nous a parlé de soins palliatifs et de douleurs, et il y a quand même une équipe mobile sur Chambéry... Ils étaient vraiment présents, ils étaient bien à l'écoute, ils nous ont bien donné les clés finalement mais qu'ils étaient quand même disponibles... Ca c'est vrai que c'était, ça m'a fait du bien cette formation d'une heure parce que du coup tu te sens moins seule quoi. » N. FG4*

*« Ouais, te sentir accompagnée parce que moi-même si je suis d'accord avec toi, c'est à nous de le faire tout ça, mais comme on est en formation et on est en premier semestre. » N. FG4*

### 3. Une prise en charge globale

#### a. Un travail d'équipe

Le patient n'était pas une personne qui présentait uniquement des douleurs physiques à soulager. Il était une personne à part entière, avec sa dimension physique mais aussi psychologique et sociale.

La prise en charge devait alors être globale et nécessitait un travail en équipe où le médecin généraliste jouait un rôle central de coordonnateur et de collaborateur avec plusieurs intervenants que ce soient médicaux, paramédicaux ou du centre de lutte contre la douleur.

Ils expliquaient la nécessité d'accepter ses propres limites dans ce domaine et de savoir passer le relais à d'autres personnes plus spécialisées pour une prise en charge optimale du patient.

Certains internes se sentaient également rassurés de collaborer avec d'autres spécialistes.

*« Et c'est vrai que je pense que c'est bien pour tous ces patients chroniques, c'est qu'il y ait une prise en charge avec plusieurs personnes, parce que tout seul, on s'épuise et on n'arrive plus à le comprendre et plus avoir envie de le traiter quoi. » L. FG5*

*« Moi je trouve qu'à un moment, c'est bien qu'il y ait un roulement des médecins, qu'en effet, que tu puisses faire appel au centre antidouleur, qu'il y ait plusieurs personnes qui rentrent en compte, même si parfois c'est un échec, ou régulièrement. » F. FG5*

*« Puis l'adresser à quelqu'un d'autre, notamment à une équipe de la douleur, ça permet d'avoir un autre interlocuteur et puis d'avoir un œil neuf sur le problème du patient. » Am. FG1*

*FG 4 J. « Il vaut mieux orienter vers un autre, c'est une réussite en un sens parce que t'as permis au patient de se mettre en contact avec quelqu'un qui a les compétences. » J. FG4*

## b. Améliorer les liens interprofessionnels

Le travail en équipe était primordial pour ces pathologies, les internes proposaient différents moyens pour améliorer la communication entre les différents professionnels de la douleur tels que la création d'un carnet d'adresses par le centre de lutte contre la douleur, la réalisation de RCP, l'information par les laboratoires ainsi que la création de maisons de santé pour faciliter les liens interprofessionnels.

*« Pour revenir aussi sur l'intérêt des maisons de santé aussi peut être, parce que ce qui est pas mal à la mode en ce moment, c'est les maisons de santé et peut être ce qui serait bien, c'est de bosser en équipe... Bosser soit avec les infirmières qui font le relais des traitements, les kinés. » J. FG4*

*« Et, je trouve que moi, j'ai été formée comme ça sur les antalgiques, et par les labos...qu'on ne reçoit plus, enfin que les gens ne veulent plus recevoir. Mais quand tu les reçois, tu apprends quand même des choses. » F. FG5*

*« Ouais ou même...une meilleure connaissance du réseau qu'on peut avoir. » Cl. FG2*

*« On arrive ici, chez le praticien, enfin, chez le « prat », on a besoin d'un carnet d'adresses, quoi. » P. FG1*

*« Il y a peut être des RCP qui sont possibles, tu vois entre les signes radio, les signes biologiques, euh, les trucs objectivables, les biopsies, enfin aller vraiment jusqu'au maximum de ce qu'on connaît, nous, et après faire le lien peut-être avec un psychiatre, un psychologue etc. » J. FG4*

### c. La communication

La communication apparaissait être un outil indispensable pour une relation médecin-malade de qualité.

Selon les internes, la communication s'articulait selon deux critères :

Savoir parler : Les internes souhaitaient mettre un cadre à la consultation et au patient lui-même. Reprendre avec le patient son historique, avoir une tenue minutieuse du dossier médical et expliquer les objectifs de prise en charge sont des propositions citées par les internes pour structurer ces consultations.

*« Par exemple, le nombre de consultations, tu vois est-ce que ça servirait pas de mettre un cadre et de dire « Bah voilà, pour votre problème, c'est très intéressant et très important : on se revoit tous les mois pendant un certain temps. » ? » An. FG1*

*« Il faudrait une partie du dossier médical uniquement sur les traitements antalgiques, limite tout ce qu'il a déjà eu, lequel il ne supporte vraiment pas enfin... pour aller un petit peu plus vite, pour pas que ça traîne. » Ch. FG2*

*« Alors, est-ce qu'on ne pourrait pas s'en sortir mieux dans certains cas, quand d'entrée de jeu, on arrive à faire adhérer le patient à l'idée que certes, chercher une organicité, à droite à gauche, à ces douleurs chroniques mais qu'on prendra en considération très tôt l'impact du moral sur le physique, dans l'idée de lui faire accepter plus facilement ultérieurement, par exemple de prendre un traitement psychotrope, d'aller voir un spécialiste psychiatre. » E. FG5*

Adopter une attitude empathique : Celle-ci était basée sur le principe de l'écoute du patient, la reconnaissance de sa souffrance et sur la bienveillance.

*« Et là, c'est quand même vraiment notre rôle, quoi, je trouve que c'est totalement notre rôle, quoi, que tu sois à l'écoute ou même en ayant des réponses même si c'est juste plus clair, enfin même l'écoute je trouve ça... » J. FG4*

*« Je pense que ce qui est important, c'est de ne jamais mettre en cause la douleur, toujours leur dire, c'est que tu sais que la douleur est là, que ce n'est pas qu'une douleur dans la tête. » Y. FG3*

*« Mais c'est comme tu l'as dit, l'écoute je pense, c'est déjà super important pour eux, enfin, c'est vrai que finalement, tu leur accordes du temps où ils expriment ce qu'ils ressentent. » N. FG4*

## **IV. DISCUSSION**

### **A. FORCES DE L'ETUDE**

---

#### **1. L'originalité du sujet**

De nombreuses études s'intéressaient à la prise en charge de la douleur chronique mais peu s'interrogeaient sur les difficultés rencontrées en Médecine Générale et sur les propositions d'amélioration de la prise en charge.

Le point de vue des internes de Médecine Générale n'était pas retrouvé dans la littérature, ce qui faisait du sujet toute son originalité. En effet, l'interne de Médecine Générale est un médecin généraliste en formation qui diffère, par son expérience débutante, des seniors.

Il apparaissait donc légitime de se préoccuper de l'avis des étudiants sur leurs difficultés dans la gestion de ces patients, dans le souci d'améliorer la formation médicale.

#### **2. La méthode qualitative**

L'utilisation de la recherche qualitative faisait émerger des avis, des ressentis et des émotions de la part des internes qui n'auraient pas fait surface dans une méthode quantitative.

En effet, la libre expression de chaque étudiant, mettait à jour des croyances, des comportements, des attitudes que l'animateur n'aurait pas pensé évoquer.

L'utilisation des focus group était la technique la plus pertinente pour ce genre d'étude. Ils créaient une dynamique de groupe intéressante. Les participants étaient amenés à s'exprimer sur leur vécu personnel et à se justifier concernant leurs positions (15).

Les groupes étaient hétérogènes en termes d'avancement dans le cursus, ce qui permettait un recueil riche et variés des données.

La retranscription intégrale des données a pu être réalisée grâce à un double ou triple enregistrement des entretiens.

Discussion

### **3. Les données**

L'utilisation des focus group permettait l'émergence d'une base de données qualitative riche et intéressante. Cette méthode mettait en évidence le vécu des internes, leurs préjugés et leurs ressentis.

Du fait du jeune âge des investigatrices, et de leur statut de médecin généraliste non thésé, elles étaient donc confrontées aux mêmes difficultés que les internes. Ceux-ci pouvaient se sentir plus à l'aise pour se livrer et faire part de leur ressentis. L'objectif était alors atteint.

L'analyse des données était réalisée par chaque investigatrice séparément puis chaque thème était confronté et discuté quand il existait des discordances. La relecture et la critique de la Directrice de thèse permettaient un triple codage.

La méthode, l'analyse des données ainsi que la classification de résultats ont été effectuées rigoureusement. L'étude présentait une validité interne forte.

## **B. FAIBLESSES DE L'ETUDE**

### **1. Les focus group**

L'élaboration des focus group et la gestion de ceux-ci étaient une découverte pour les deux investigatrices. Ce manque d'expérience en matière de recherche qualitative représentait une des principales faiblesses de l'étude.

L'intervention orale des deux investigatrices lors des focus group était un biais. Initialement, il avait été réalisé un guide d'entretien afin de donner à chaque focus group un fil directeur, mais celui-ci n'a pas été maintenu laissant place à des entretiens libres.

Cependant, au fur et à mesure une amélioration était notée dans la façon de mener ces entretiens.

Discussion

Il était également possible que les participants aient pu s'influencer mutuellement lors des discussions. Cette méthode ne permettait pas d'apporter des statistiques sur les données recueillies (16).

## **2. La population**

Cette étude ne s'intéressait qu'aux internes de Médecine Générale de la Faculté de Grenoble.

La douleur chronique est un domaine qui touche chaque spécialité médicale ou chirurgicale. Il aurait été pertinent de se soucier de l'avis des autres jeunes médecins.

La comparaison entre différentes Facultés aurait été pertinente. Cependant, elle s'inscrit dans le cadre d'une étude nationale, l'étude DOLMEN menée par le département de Médecine Générale de l'Université Paris Descartes 7, l'unité « Ethique, politique et santé » de l'Université Paris 5 et le département de soins primaires de l'Université de Montréal, visant à améliorer la prise en charge des patients douloureux chroniques en Médecine Générale.

## **C. RESULTATS ATTENDUS**

---

### **1. Difficultés thérapeutiques**

Les internes évoquaient des difficultés dans la prise en charge thérapeutique notamment médicamenteuse. Ils exprimaient des lacunes sur les connaissances des classes médicamenteuses, les posologies, la rotation des opioïdes et les changements de paliers. Des études mettaient en évidence ces mêmes difficultés concernant les médecins généralistes (17).

On se rendait compte que l'évaluation de la douleur était problématique tant pour les internes que pour les médecins généralistes. Des études ont révélé l'absence d'utilisation d'outils standards dans l'évaluation de la douleur chez les médecins généralistes, la subjectivité

Discussion



individuelle semblait prépondérante (18). Ces derniers appréhendaient la douleur en fonction de l'étiologie et de la gravité de la maladie. On comprenait la discordance avec l'auto-évaluation du patient qui confondait douleur et souffrance et douleur et handicap (19). Ainsi, la complexité de la douleur chronique amenait à la question de la création d'un outil d'évaluation adapté à la douleur chronique.

La douleur chronique n'est pas une douleur aiguë qui persiste. Elle a perdu sa fonction de symptôme d'alarme, de dysfonctionnement somatique (3). Elle est moins un signe d'alarme que le reflet d'un dysfonctionnement global. L'approche thérapeutique a une temporalité différente sortant du schéma usuel « cause à effet ». Le caractère chronique de la douleur était vécu par les internes comme un échec médical. Ce sentiment était partagé par les médecins généralistes (11).

Les internes se sentaient dans une impasse thérapeutique avec les patients douloureux chroniques avec le besoin d'une prescription systématique. L'acte de soin passait par une prescription donc par un acte. Il en ressortait un sentiment de frustration à ne pas prescrire. Etre dans l'être et non pas dans le faire était difficile pour les internes. Aussi, il semblait difficile de soigner quand on savait ne pas pouvoir guérir (12). La position du soignant qui ne peut pas guérir et qui accompagne son patient est-elle insuffisamment enseignée ?

Les internes manifestaient des difficultés concernant la prise en charge non médicamenteuse. Ils méconnaissaient les médecines alternatives et l'intervention des paramédicaux dans leurs indications, fonctions. De ce fait, orienter un patient au bon soignant était compliqué. Dans une étude, une réforme de soin y faisait écho en proposant une approche centrée autour du patient au sein d'une maison médicale pluridisciplinaire afin d'offrir le bon traitement au bon patient au bon moment dans les langues et cultures appropriées (10). On retrouvait l'ambivalence des internes face à ces thérapeutiques avec la curiosité de connaître et de

Discussion

s'ouvrir aux différentes possibilités tout en ayant une réticence du fait de la part non scientifique, non objectivable des ces thérapies dans la droite ligne d'une médecine occidentale factuelle et causale.

## **2. Problématiques de la formation**

Les internes étaient conscients de leurs connaissances théoriques mais que leurs mises en œuvre étaient complexes. Ils leur manquaient la compétence, celle-ci pouvant s'entendre comme la mise en pratique des savoirs théoriques. De ce fait, on peut se questionner sur la manière d'acquérir cette compétence. Est-ce par la pratique, l'expérience personnelle ou une formation théorique plus approfondie ? La compétence n'est-elle pas la connaissance de ses propres limites ? Les internes avaient le sentiment de se retrancher derrière leurs connaissances médicales du fait d'un manque de confiance et d'expérience. Ces connaissances peuvent en effet, constituer un atout ou un handicap dans la prise en charge de la douleur chronique.

Les besoins des internes étaient hétérogènes. Certains préféraient des cours magistraux tandis que d'autres jugeaient cela inutile et exprimaient la nécessité de l'acquisition d'une expérience pratique et d'un investissement personnel. On constatait que l'impact d'une seule et brève session de formation non répétée était quasi nulle (20). Ils ressentaient la nécessité de la répétition des enseignements afin d'intégrer les notions. Une étude américaine n'avait pas mis en évidence de différence significative entre les connaissances et attitudes concernant la prise en charge de la douleur et des fins de vie entre les étudiants qui avaient assisté aux cours et ceux qui n'y avaient pas assisté. A contrario, ils avaient retrouvé une amélioration de prise en charge grâce à des sessions de cours interactifs en petits groupes (21).

Les besoins des internes étaient variables selon la formation initiale qu'ils avaient reçue en deuxième cycle. Le Haut Conseil de Santé Publique (HCSP) qui a évalué le troisième plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006-2010 constatait que les cours dispensés dans le module «douleur et soins palliatifs» ou module 6 étaient inégaux en terme de volume-horaire, contenu et modalités d'enseignement sans pouvoir mettre en évidence les raisons (22).

Une thèse soutenue en mars 2013 dédiée à l'enseignement de la douleur dispensé en troisième cycle de Médecine Générale, démontrait que 58% des facultés pensaient à tort qu'il n'était pas obligatoire. Contrairement à ce que souhaitaient les internes, aucun spécialiste de la douleur n'était intervenu dans les enseignements (23).

Les internes avouaient un manque d'intérêt à propos de l'enseignement de la douleur en deuxième cycle. Ils trouvaient une inadéquation entre le moment où l'enseignement était dispensé et le moment où ils en avaient réellement besoin. Le besoin ne s'en faisait sentir que lorsqu'ils étaient confrontés à ces situations, illustrant une sensibilisation et une prise de conscience insuffisantes pendant l'externat. La douleur n'était traitée que de manière transversale et non pas spécifique. Cela rendait l'enseignement secondaire par rapport aux différentes spécialités d'organes étudiées et, ne semblait être qu'une partie mineure voire facultative du programme. Chaque médecin est concerné par la douleur chronique qu'importe sa spécialité. Il en est de la responsabilité de chaque enseignant d'informer et de faire passer les bons messages aux étudiants.

Une bonne partie des étudiants sera destinée à la Médecine Générale, or, les enseignements n'y sont pas adaptés avant l'ECN. Le système de sélection par l'ECN ne permet à l'heure actuelle, de faire émerger des réalités plus complexes comme la prise en charge de la douleur chronique. Aussi, quelle est la place de la Médecine Générale pendant

Discussion

l'externat ? On peut facilement confronter l'inadéquation entre les cours théoriques orientés sur une médecine hospitalière et les besoins en Médecine Générale ambulatoire. L'Inspection Générale de l'Administration de l'Education Nationale et de la Recherche (IGAENR) et de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) suggéraient de prendre des dispositions afin d'améliorer l'enseignement pour concorder avec les besoins spécifiques de la formation des Médecins Généralistes, ceci en proposant que l'activité des soins soit réalisée en médecine ambulatoire plutôt qu'en médecine hospitalière (23).

## **D. RESULTATS INATTENDUS**

### **1. L'intrication entre somatique et psychologique**

Dans toutes douleurs chroniques, il existe une souffrance psychologique non négligeable, qui prend une place prépondérante dans la symptomatologie douloureuse (24). Depuis l'émergence du modèle biopsychosocial, les facteurs psychologiques comme l'anxiété et la dépression rentrent en compte dans la prise en charge de la douleur (25). Les patients douloureux chroniques étaient plus à même de développer une anxiété ou une dépression (26). Il existait un lien entre d'une part l'intensité de la douleur et la psychologie, et d'autre part le comportement et les facteurs sociaux (27). En effet, 20 à 50 % des douloureux chroniques présentaient des critères d'épisode dépressif majeur et à l'inverse, 50 % des patients avec un épisode dépressif majeur se plaignaient de douleurs (28). On comprend la difficulté à établir une frontière entre l'aspect organique et psychologique de la douleur, si elle existe. Or, les internes éprouvaient le besoin d'établir cette limite, un cadre sémiologique les rassurait. Ils étaient à nouveau dans le «faire» et pas dans «l'être», avec l'envie d'entreprendre des actions qu'ils jugeaient efficaces (24).

Selon les internes, la douleur était portée par son organicité, une douleur sans organicité évidente n'était pas une « vraie douleur ». Ils avaient du mal à concevoir la plainte douloureuse comme une porte ouverte sur une forme de détresse à accueillir en tant que telle (29). Il était plus difficile de prendre en charge le malade plutôt que la maladie car cela exigeait de voir le patient comme une entité complexe.

Ils mettaient en doute la douleur du patient et avaient des a priori négatifs, avec l'idée que les patients en tiraient des bénéfices secondaires. Un article citait : « ces bénéfices secondaires souvent mis en exergue par les médecins pour mettre en doute l'authenticité de la plainte douloureuse, sont en grande partie inconscients. La souffrance sous-jacente, reste tout aussi importante et les manipulateurs sont rares. » (24). En réponse à ces patients qui sortaient du cadre purement organique, les internes éprouvaient des émotions négatives. Des sentiments de lassitude, d'agacement de manque d'empathie émergeaient. Ces réactions n'étaient pas modifiées avec l'expérience puisque les médecins généralistes ressentaient ces mêmes émotions (11).

On peut se questionner sur une formation universitaire orientée trop largement vers une médecine d'organes. Cette médecine centre le soignant et le patient sur l'organe malade ne permettant pas une approche plus globale.

## **2. Une médecine ambivalente**

Les internes exprimaient des lacunes de formation en psychologie médicale, ainsi qu'une formation peu ouverte aux alternatives thérapeutiques. Une ambivalence en ressortait : le besoin d'ouverture vers ces formations et leur scepticisme face aux douleurs psychosomatiques. Proposer des solutions techniques à des problèmes humains pourrait sembler limitant. La douleur, comme phénomène complexe et multifactoriel, ne peut pas

appartenir uniquement au champ de l'intervention médicale et technique (30). On comprend que les internes exprimaient des difficultés à déterminer les limites dans leur rôle de médecin. Actuellement, la formation des jeunes médecins est axée sur les diagnostics et les thérapies d'organes. Les maladies psychosomatiques commencent à être enseignées dans les Facultés (19). Aussi, une étude américaine constatait que les médecins diplômés de moins de dix ans se plaignaient moins que ceux diplômés entre onze et vingt ans plus tôt en ce qui concerne leurs compétences dans la prise en charge des maladies chroniques (31). On tend vers une amélioration de la formation. La question d'un enseignement pratique et théorique, trop spécialisé et trop technique peu adapté à la Médecine Générale se pose.

### **3. Le statut particulier de l'interne**

Les douleurs chroniques demandent une prise en charge longue, soutenue et suivie. Il faut «accepter que l'accompagnement sera long » (24).

Les internes se plaignaient de ne pas trouver leur place au sein de la prise en charge, ni d'identifier leur rôle. Leur intervention ponctuelle les gênait dans une prise en charge particulière et complexe. Ils avaient l'impression de s'immiscer dans une relation de confiance entre le médecin généraliste et son patient.

Ils se demandaient si l'instauration et les modifications thérapeutiques leur revenaient. Ils justifiaient cela par une absence de suivi rapproché et d'évaluation de leurs prescriptions.

Au sein de l'hôpital, la problématique de la douleur chronique apparaissait secondaire face aux pathologies aiguës ou plus graves, même si le patient était en demande. L'interne se sentait seul dans cette prise en charge et trouvait ce motif injustifié à aborder à l'hôpital. L'intervention des centres de lutte contre la douleur semblait pertinente, d'autant qu'ils

restaient méconnus par les internes. Proposer des enseignements, voire des terrains de stage auprès d'eux pourraient optimiser leur formation.

L'interne, médecin en formation, change de stage chaque semestre. Est-ce que cela participe à ses difficultés ? Tous les 6 mois, une adaptation au lieu de stage est nécessaire, impliquant un changement de prise en charge, de patients, de maladies, d'intérêts et d'équipe. Ainsi, l'interne acquiert une vision globale et diversifiée de la médecine, est-ce un rythme adapté à la découverte de la douleur chronique pour de futurs médecins généralistes ?

Les internes se sentaient en difficulté en raison de leur jeune âge. Ils éprouvaient un manque de crédibilité, de confiance et d'assurance. De ce fait, passer après le médecin généraliste et le spécialiste leur semblait inapproprié. Une étude américaine notait une amélioration de l'aisance des jeunes médecins dans la prise en charge des douleurs chroniques non cancéreuses avec l'âge et l'expérience (32). On comprend que l'acquisition d'une expérience pratique pourrait leur donner la compétence pour mettre en application leurs connaissances.

Les internes retraçaient un vécu difficile de la souffrance d'autrui, il y avait un processus d'identification au patient et à sa famille avec un manque de recul face à cette souffrance. Un article mentionnait que 54 % des internes de Médecine Générale s'accordaient à dire qu'un enseignement spécifique sur la souffrance et sa gestion, durant leurs études médicales, les auraient aidé pour leurs activités cliniques (33). Le Docteur Jean Bernard citait dans son livre, C'est de l'homme qu'il s'agit que le métier de médecin était avant tout un affrontement de la souffrance. Il ajoutait : « certains étudiants, certains médecins cessent de souffrir du malheur des autres. Ce ne sont pas les meilleurs. Plus souvent, persiste une sensibilité très vive, la perception profonde du malheur d'autrui, la sympathie » (34). Conscient de cette souffrance, l'interne devenait volontaire et acteur principal de cette prise en charge.

Discussion

#### **4. Une communication à l'épreuve**

Les internes exprimaient des difficultés à faire passer des messages, que ce soit sur la thérapeutique, le syndrome douloureux chronique ou l'annonce d'une maladie psychosomatique. Ils étaient d'autant plus gênés par les croyances des patients. Ces croyances pouvaient émaner d'informations venant du parcours médical ou de l'analyse propre des patients (35). La médiatisation de la médecine renforçait l'information du patient, et modifiait les idées et concepts, ce dont le médecin doit avoir conscience. Ils décrivaient que les patients étaient parfois plus informés sur les thérapeutiques qu'eux mêmes, ce qui les mettaient mal à l'aise. La relation de confiance entre l'interne et le patient en était altérée : les internes se sentant en échec dans la prise en charge et les patients mettant en doute la parole de l'interne. La recherche de soins du patient se traduisant en nomadisme médical, était vécue par certains internes comme une infidélité. Cela mettait le médecin face à son échec (36).

Les internes, tout comme les médecins généralistes ressentaient un manque de formation dans les techniques de communication (17). La confrontation à la réalité pratique des internes renforce leur besoin d'acquérir des bases dans ce domaine tout en laissant chaque individualité s'exprimer. Il faut répondre à cette demande par des cours spécifiques. La médecine se technicise, et il en découle une possible évolution instrumentale des émotions et de la communication. La communication est une technique à part entière, qui peut tendre vers une rationalisation de l'intime, où les relations humaines sont des objets comparables entre eux (30). La relation médecin-malade est une interaction entre deux être humains avec des réactions personnelles et des émotions. Jusqu'où peut-on rationaliser cette relation ?



## **5. Comparaison autour des Thèses de l'étude DOLMEN**

Les difficultés rencontrées par les internes et les médecins ont été comparées avec les attentes des patients douloureux chroniques en référence à des thèses de l'étude DOLMEN (11) (37). En comparant les résultats concernant les médecins et les internes, des mêmes difficultés ont été retrouvées sur le plan thérapeutique à propos des effets secondaires des médicaments, la peur d'une dépendance et la gestion des paliers. Ils évoquaient les mêmes problèmes d'évaluation de la douleur. Ils se plaignaient de l'absence de réseau ambulatoire spécifique de la douleur et du manque de collaboration et communication. Ils avaient des réticences à adresser leurs patients à des paramédicaux du fait du frein financier que cela constituait pour les patients. Faut-il imaginer une prise en charge entièrement financée élargie à l'intervention de multiples paramédicaux ? Il leur était difficile de mettre en œuvre des thérapies alternatives spécifiques ou paramédicales même s'ils le jugeaient nécessaire. La gestion de la consultation était communément compliquée du fait du manque de temps et des motifs de consultation multiples.

De leurs côtés, les patients attendaient de leur médecin généraliste, une connaissance plus approfondie des pathologies et des possibilités thérapeutiques. Ils se sentaient isolés et pas suffisamment adressés au centre de la douleur. Ils réclamaient que leur médecin soit le coordinateur de leurs soins. L'attente des patients étaient une plus grande disponibilité de leur médecin, tout en étant conscient de leur manque de temps et d'une tarification inadaptée.

La relation médecin-malade était altérée du fait des émotions du soignant : perte de confiance, remise en question, vécu de l'échec avec sentiment d'impuissance, lassitude face à l'échec, difficultés à gérer leurs émotions notamment face à la souffrance d'autrui. Ils craignaient les bénéfices secondaires et mettaient en doute les paroles des patients.

Les patients souhaitaient que leur médecin soit sincère, qu'il reconnaisse leurs limites et qu'il ne baisse pas les bras dans la démarche de diagnostic. Ils voulaient être entendus par leur

médecin et prendre une part active dans les soins. Une étude retrouvait que 43% des patients en France souhaitaient que leur médecin écoute plutôt leur maladie que leur douleur (6).

La formation était critiquée par les médecins généralistes et les internes. Elle était jugée trop technique, peu globalisante et par ailleurs éloignée des soins primaires. Ceci faisait remarquer que l'insatisfaction était partagée des deux côtés (10).

Est-ce un problème de formation pour le médecin ? L'évaluation du plan triennal de la douleur de 2001 indiquait que les étudiants en médecine avaient une formation initiale insuffisante et que la formation continue ne comblait pas les lacunes (18). Les méthodes de formation nécessitent des changements afin de répondre aux attentes des soignants, que ce soit sur le fond et la forme de l'enseignement avec des intervenants concernés par la douleur chronique.

Le fantasme du médecin magicien interfère-t-il avec la prise en charge ? Les patients douloureux chroniques développaient un pessimisme en se croyant inefficaces et incompetents face à cette douleur (37). En effet, toute leur énergie se concentrait sur la zone endolorie et ses capacités à agir dans le monde extérieur étaient amoindries entraînant un surinvestissement local (38). Le patient rejetant sa douleur, s'en remettait à son médecin comme le seul tenant d'une solution. Il ne se considérait pas suffisamment comme un acteur engagé. Lutter contre la douleur pouvait empêcher les patients d'avoir une attitude suffisamment satisfaisante et productive dans leur vie quotidienne. Il faut comprendre ce qui entraîne le patient à répondre à sa douleur : c'est la théorie de l'acceptation de la douleur (27). En effet, un des rôles du médecin est d'accompagner son patient pour que sa vie avec la douleur soit la plus acceptable possible.

Est-ce un problème politique ? La douleur est un problème de santé publique comme l'illustrent les plans ministériels. Le courant actuel tend à rejeter la douleur et c'est l'option « zéro douleur » car elle dérange. La douleur sort du champ de la normalité. Le discours anti douleur, souvent médiatisé, fait croire qu'il est possible de la supprimer totalement et donne

Discussion

des espoirs surréalistes aux patients. Cela peut générer aussi une attitude thérapeutique déraisonnable de la part des médecins (39). Ce discours pourrait créer une déshumanisation du patient et du médecin. Ainsi, le rôle du médecin serait alors de fixer des objectifs réalisables en accord avec son patient.

Sur le plan politique, il existait des barrières financières. La tarification des actes médicaux restait insuffisante et l'implication de l'Assurance Maladie dans la prise en charge paramédicale et des thérapies alternatives demeurait trop faible.

## **6. La douleur chronique : maladie chronique ?**

Les difficultés rencontrées par les internes de Médecine Générale étaient liées au statut propre de l'interne et à la pathologie douloureuse chronique. Est-ce que ces difficultés sont extrapolables à toute maladie chronique ?

La douleur chronique n'est pas juste un symptôme à soulager et pourrait rentrer dans la cadre de la maladie chronique en général. Concevoir la douleur comme une maladie chronique permettrait de la considérer comme multifactorielle et ainsi la prendre en charge sur toutes les facettes.

## V. CONCLUSION

THESE SOUTENUE PAR: Stéphanie BARBOUR & Marine BAUDIN

TITRE: DIFFICULTES DE PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR CHRONIQUE PAR  
LES INTERNES DE MEDECINE GENERALE DE GRENOBLE ET ATTENTES  
CONCERNANT LEUR FORMATION INITIALE

### CONCLUSION ET PERSPECTIVES

La douleur chronique était un problème de santé publique, qui faisait l'objet de trois plans ministériels. Ils visaient, entre autres, à améliorer la prise en charge globale du patient douloureux chronique, la formation des soignants et l'information de la population.

Cette étude qualitative avait pour but de révéler les difficultés rencontrées par les internes de Médecine Générale dans cette prise en charge et de connaître leurs attentes concernant leur formation initiale.

Les difficultés concernaient la prise en charge globale, sur le plan diagnostique, thérapeutique, en lien avec l'orientation du patient, et la consultation en elle-même. Des difficultés propres à leur statut de jeune médecin ont été retrouvées. Leur jeune âge, leur manque d'expérience et d'assurance rendaient leur place difficile à trouver dans une relation médecin-malade privilégiée, et les amenaient à se questionner sur l'intérêt de leur intervention ponctuelle. Confrontés à la souffrance d'autrui et à l'échec thérapeutique, ils mettaient en avant des sentiments de solitude et d'inutilité, jusqu'à fuir la demande du patient. Des problèmes de communication étaient souvent abordés, avec le sentiment de ne pas avoir les facultés pour faire passer les bons messages, notamment suggérer l'origine psychosomatique. L'absence d'étiologie évidente déclenchait des a priori négatifs chez les internes, ceux-ci considérant la douleur comme purement psychologique.

Des lacunes de formation étaient discutées: le moment où les cours étaient dispensés et le fond de l'enseignement qui traitait insuffisamment de la prise en charge globale, des maladies psychosomatiques et des alternatives thérapeutiques. La réalité pratique était bien plus complexe que la théorie enseignée.

Les attentes des internes concordaient avec leurs difficultés, avec des divergences concernant les méthodes d'enseignement. Les solutions proposées étaient de deux ordres, orientées sur la formation théorique et sur la formation pratique. La formation initiale passait par l'intervention tant de spécialistes de la douleur que de paramédicaux, permettant d'initier dès l'internat une stratégie plus spécifiquement adaptée à la Médecine Générale. Au-delà des cours théoriques, ils s'accordaient à dire que la formation s'accompagnait d'un investissement personnel et de l'acquisition d'une expérience individuelle pratique et progressive.

La réalité pratique des internes faisait émerger des difficultés émotionnelles. Les internes ont ressenti une sincère satisfaction à l'issue des focus group, satisfaction d'une verbalisation et d'une identification plus précise de leurs difficultés, encouragés par une expression entre eux libérée de tout jugement et de hiérarchie. Les groupes d'acquisitions de compétences, outils de pédagogie déjà existants, offraient une possibilité intéressante pour transposer cette réalité observée lors de l'étude.

Participer de façon active aux côtés des professionnels de la douleur, tant hospitaliers qu'ambulatoires, apparaissait comme la condition princeps pour une meilleure appréhension globale du patient douloureux chronique. Cette confrontation à la réalité globale de la prise en charge, sous une supervision directe et immédiate par ces professionnels, permettait une discussion concrète et quotidienne sur les difficultés pratiques de l'interne.

Leurs difficultés et leur motivation révélaient une préoccupation constante pour leurs patients avec le souhait de devenir un bon médecin et d'acquérir de meilleures pratiques sur le plan humain.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Grenoble, le 13/6/2013

  
LE DOYEN  
J.P. ROMANET  


LE PRESIDENT DE LA THESE

PROFESSEUR R. JUVIN  


## **VI. LISTE DES ABREVIATIONS**

**UPL** : Unité Pédagogique Locale

**SASPAS** : Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée

**USC** : Unité de soins continus

**HAD** : Hospitalisation A Domicile

**PASS** : Permanence d'Accès aux Soins de Santé

**MPR** : Médecine physique et réadaptative

**FG** : Focus Group

**EVA** : Echelle Visuelle Analogique

**ECN** : Examen Classant National

**CHU** : Centre Hospitalier Universitaire

**RCP** : Réunion de Concertation Pluridisciplinaire

## VII. BIBLIOGRAPHIE

1. Merskey H, Bogduk. Classification of chronic pain.pain syndromes and definitions of pain terms. [Internet]. IASP Task Force on Taxonomy IASP press ; 1994. Available from : <http://www.iasppain.org/Content/NavigationMenu/GeneralResourceLinks/PainDefinitions/default.htm>
2. Recommandations Professionnelles : Douleur chronique : reconnaître le syndrome douloureux chronique, l'évaluer et orienter le patient. Consensus formalisé.Argumentaire. Haute Autorité de Santé ; 2008.
3. Fontaine R, Fuchs S, Hardy R, Lacroix J, Laureys S, Lecart MP, et al. La prise en charge de la douleur chronique en équipe pluridisciplinaire. 2004 ;59 (2) :81–8.
4. Bazzanger I. Déchiffrer la douleur chronique : deux figures de la pratique médicale. 1991 ;9 (2) :31–78.
5. Eschalier A, Mick G, Perrot S, Poulain P, Serrie A, Langley P, et al. Prévalence et caractéristiques de la douleur et des patients douloureux en France : résultats de l'étude épidémiologique National Health and Wellness Survey réalisée auprès de 15000 personnes adultes. 2013 ; (14) :4–15.
6. Breivik H, Collett B, Ventafridda V, Cohen R, Gallacher D. Survey of chronic pain in Europe : Prevalence, impact on daily life and treatment. European Journal of Pain. 2006 May ;287–333.
7. Huas D, Tajfel P, Gerche S. Prévalence et prise en charge de la douleur chronique en médecine générale. 2001 ;2 (3) :149–54.
8. Programme de lutte contre la douleur 2002-2005. Ministère de l'emploi et de la solidarité Ministère délégué à la santé ; 2002.
9. Ministère de la Solidarité et de la Santé. Plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006-2010. 2006.
10. Upshur CC, Bacigalupe G, Luckmann R. "They don't want anything to do with you" :Patient Views of Primary Care Management of Chronic Pain. Pain Medicine. 2010 ;1–8.
11. Binoist M, Cochin M. Difficultés de prise en charge des patients douloureux chronique en Médecine Générale dans le bassin Grenoblois. 2012.
12. Corrigan C, Desnick L, Marshall S, Bentov N, Rosenblatt RA. What Can We Learn from First-Year Medical Students' Perceptions of Pain in the Primary Care Setting ? Pain Medicine. 2011 ;1–8.
13. Piffer I. Enquête d'évaluation de la formation et des connaissances des internes de Médecine sur la prise en charge des douleurs chroniques de l'adulte. [Université] : Université Henri Poincaré-Nancy 1 Faculté de Médecine ; 2006.
14. Frappé P, Association Française des jeunes chercheurs en médecine générale. Initiation à la recherche. 2011th ed. Wolters Kluwer Health France ;
15. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L. Introduction à la recherche qualitative. 2008 ;19 (84) :142–5.
16. Rocare. Extraits de guides pour la Recherche Qualitative [Internet]. [Internet]. Available from : Available de : <http://www.ernwaca.org/panaf/RQ/fr/annexec.php>
17. Garufi Clark L, Upshur CC. Family Medicine Physicians' Views of How to Improve Chronic Pain Management. 2007 10 ;20 (5) :479–82.
18. Lothon-Demerliac C, Laurent-Beq A, Marec P. Evaluation du plan triennal de lutte contre la douleur. Société Française de Santé publique ; 2001.
19. Laurent B. La douleur chronique : une communication difficile. 2001 Jan ; (2) :39–44.
20. Millette B, Lussier M-T, Goudreau J. L'apprentissage de la communication par les médecins : aspects conceptuels et méthodologiques d'une mission académique prioritaire. 2004 May ;5 (2) :110–26.

21. Hui Ming C. Educating Medical Students in Pain Medicine and Palliative Care. 2002 ;3 (3) :194–5.
22. Haut Conseil de Santé Publique. Evaluation du plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006-2010. 2011.
23. Miqyas L. Evaluation du contenu et des modalités d'enseignement de la prise en charge de la douleur en troisième cycle de médecine générale en France. Paris Diderot Paris VII ; 2013.
24. Bouckenaere D. La douleur chronique et la relation médecin-malade. 2007 Jan ; (28) :167–83.
25. Cedraschi C, Piguet V, Luthy C, Rentsch D, Desmeules J, Allaz A-F. Aspects psychologiques de la douleur chronique. 2009 ; (76) :587–92.
26. Gureje O, Von Korff M, Simon GE, Gater R. Persistent Pain and Well-being : A World Health Organization Study in Primary Care. 1998 Aug 7 ;280 (2) :147–51.
27. McCracken LM, Turk DC. Behavioral and Cognitive-Behavioral Treatment for Chronic Pain Outcome, Predictors of Outcome and Treatment Process. 2002 ;27 (22) :2564–73.
28. Rentsch D, Piquet V, Cedraschi C, Desmeules J, Luthy C, Andreoli A, et al. Douleurs chroniques et dépression : un aller-retour ? 2009 Jun 17 ;208 (24) :1364–9.
29. Allaz AF, Piquet V, Desmeules J, Jung E, Cedraschi C, Dayer P. Plainte douloureuse chronique. 1999 Apr 8 ; (736).
30. Del Volgo M-J. Les sentiments de la médecine. La pratique au risque de l'influence. 2011 ;12 :304–10.
31. Darer JD, Hwang W, Pham HH, Bass EB, Anderson G. More Training Needed in Chronic Care : A Survey of U.S. Physicians. 2004 Jun ;79 (6) :541–8.
32. Yanni LM, McKinney-Ketchum JL, Harrington SB, Huynh C, Amin S, Matsuyama R, et al. Preparation, Confidence, and Attitudes About Chronic Noncancer Pain in Graduate Medical Education. Journal of Graduate Medical Education. 2010 Jun ;260–8.
33. Egnew TR, Schaad DC. Medical Trainee Perceptions of Medical School Education about Suffering : A Pilot Study. 2009 ;12 (10) :929–35.
34. Piednoir P, Hervé C, Moutel G. La relation médecin-malade et le métier de médecin. 2000 ;1–22.
35. Laroche F. Mots, pensées et comportements-pièges des patients et de leurs médecins. 2009 ; (76) :522–8.
36. Pla-Dhomont T. Le vécu des patients douloureux chroniques. 2010 Oct ; (23) :198–200.
37. Gandon V. Vécu des Patients Douloureux Chroniques et Attentes vis-à-vis du Médecin Traitant : une Etude Qualitative. [Université Paris Diderot - Paris 7 Faculté de Médecine] ; 2012.
38. Dumont A, Acquaviva C. Le sentiment d'efficacité personnelle dans la gestion de la douleur chronique : Approche sociocognitive. 2007 ;17 (3) :130–4.
39. Weber JC. Douleurs, éthique et bientraitance. 2011 ;8 :191–7.
40. Muller A, Kopferschmitt J. Ethique et douleur. 2010 Mar ;3 :117–20.



## ANNEXES

### ANNEXE 1

Stéphanie	Bon, alors je suis Stéphanie et c'est Marine, on est interne en Médecine Générale, on vous a demandé de venir pour parler de la prise en charge des patients douloureux chroniques en Médecine générale dans le cadre de l'internat. Donc tout ce que vous direz sera intéressant, il n'y a pas de hors sujet voilà, vous dites ce qui vous traverse l'esprit, c'est enregistré et ça sera tout anonyme donc y'a pas de soucis. Pour commencer on va faire un petit tour de table, pour vous présenter chacun, dire en quel semestre vous êtes euh voilà.
Am	Donc Am, je suis en 6ème semestre de Médecine Générale.
	Faut parler un peu plus fort !
Am	Ouais ! -Rire-
Stéphanie	D'accord.
B	B, 5ème semestre de Médecine Générale.
Stéphanie	Du coup vous êtes dans quel service ?
Am	Cardiologie.
B	Cardio aussi...
P	P, 6ème semestre en Médecine Générale et je suis à la PASS.
J	J, 4ème semestre en Médecine Générale et je suis en Pédiatrie à Chambéry.
An	An, en 6ème semestre de Médecine Générale -Rire- en SASPAS chez SOS Médecin.
Stéphanie	D'accord, donc le thème de la thèse c'est la prise en charge de la douleur chronique et, notamment les difficultés que vous pouvez rencontrer vous en tant qu'interne, euh et vos attentes par rapport à la formation initiale durant votre internat. Donc, on va commencer un peu comme ça, on va vous demander un petit peu qu'est-ce, à chacun ou comme vous voulez, qu'est-ce qui vous a mis en difficulté la dernière fois que vous avez pris en charge un patient douloureux chronique. Est-ce qu'il y a des choses qui vous viennent à l'esprit, des situations particulières ?
Marine	Que ça soit sur le plan des traitements, du suivi du patient, de l'évaluation enfin, tout, vraiment n'importe quoi.
	-Silence-
Am	Après là comme ça, récemment non pas forcément. Mais en Médecine Générale, moi, je me rappelle des patients douloureux chroniques et notamment pour douleurs abdos, quand ils viennent toutes les semaines pendant trois mois, il y a un moment, on ne sait plus ce qui est de l'ordre du psychologique entre guillemet ou psychosomatique. Et du coup la peur de toujours passer à côté de quelque chose quoi. Parce que finalement on finit par moins les examiner voire ne plus les examiner et le jour où ils ont entre guillemet vraiment quelque chose euh...
Marine	Hum et du coup tu t'en sortais comment ?
Am	Ben, soit enfin, en les réexaminant, en essayant de se forcer enfin entre guillemet de penser à les réexaminer à chaque fois et, de chercher ce qui change s'il y a un élément qui change par rapport à d'habitude. Et puis après euh traiter la cause, on peut rarement dans ces cas-là, donc euh essayer d'autres prises en charge que ce qui a été proposé, changer de traitement si ça n'a pas été fait, et après les alternatives aussi.
Marine	Est-ce que, euh tu leurs parlais, est-ce que tu évoquais ce problème de douleur chronique justement. Est-ce que t'arrivais à aborder ce thème-là ou euh ?
Am	En cabinet ouais globalement on y arrive, quand ils reviennent X fois ou qu'ils reviennent très régulièrement, on y arrive. Ouais je pense qu'on y arrive peut-être un peu plus que quand on les voit que juste une semaine ou des choses comme ça, on est un peu plus limité mais...
P	Les douleurs abdos chroniques, des fois on a l'impression de les soigner avec des examens complémentaires. C'est typiquement le truc où ils vont avoir droit à la fibro, à la colo même s'ils ont 35ans. -Acquiescement d'Am- D'abord à l'écho, au scanner et ils vont avoir 50000 trucs parce que on se dit « Ah c'est psy. A l'écho, il y a rien donc on fait le scanner, les machins, les trucs euh, il n'y a pas d'argument de gravité mais une fois qu'on a mis du Spasfon®, du Débridat®, de l'anti prout et on sait plus quoi en faire quoi et euh.

	<p><i>-Rire général-</i></p> <p>J'en ai vu une comme ça au Pélican qui jusqu'à ce qu'elle tombe dans les mains d'un chirurgien euh, qui va ouvrir quoi, où après elle dit qu'elle est persuadée qu'on lui a dit qu'il y avait des choses et tout ça. Et en fait sur le compte rendu opératoire de la cœlioscopie exploratrice, il n'y avait rien du tout quoi. Et elle, ça l'avait confortée le fait d'avoir été opérée, confortée dans le truc qu'elle avait eu un truc grave qu'elle avait beaucoup souffert et qu'on avait reconnu sa souffrance et...</p>
J	Ouais donc les examens complémentaires des fois ça les rassure et des fois c'est juste pour te rassurer mais ça ne les rassure pas.
P	Ca nous rassure nous, pour les rassurer eux mais jusqu'au jour où finalement ça va trop loin quoi, ça va jusqu'à se faire opérer pour une douleur chronique où finalement il y avait rien quoi.
B	Ca rassure les médecins mais ça rassure pas les patients. Du coup ils se disent « ah bah si le médecin il a demandé ça, c'est qu'il y a vraiment quelque chose, c'est que... »
P	Et, je trouve, c'est pas facile d'aborder la douleur chronique dans le sens psychologique puisque dès qu'on dit euh bah c'est peut-être un peu psychosomatique, c'est le genre de personnes qui veut pas l'entendre. Enfin parce qu'il y a d'autres qui veulent bien l'entendre, qui savent, qui sont stressés et qui vont dire « bah ouais je suis stressé ». Mais ceux qui vont vraiment jusqu'au bout de tous ces examens et ben dès qu'on leur dit, ça les énerve soit ils nous envoient bouler « non mais vous vous foutez de ma gueule ». Les gens qui veulent pas l'entendre et du coup on peut pas du tout en parler. Enfin cette histoire de douleur abdo, ça me fait penser à cette patiente-là où je me disais c'est typique euh... On ne pouvait pas en parler en fait et jamais elle aurait, enfin, fallait pas que j'essaie de lui dire euh : « et puis, je pense que vous avez peut être été opérée pour rien ». Ca aurait servi à rien puisqu'au contraire, elle était à peu près stabilisée d'avoir fait tout ça.
J	Et à coté de ça, t'as ceux qui veulent bien l'entendre qu'il peut y avoir une part de psy. Quand toi t'es rassuré, que t'as fait les examens mais tu sais toujours pas comment les soulager enfin ils vont dire : « ok il y a une part de psy, euh oui les traitements ça marche pas et, je veux bien essayer de travailler sur moi mais, j'ai toujours mal quoi ». C'est vrai que là des fois tu sais plus quoi faire et on connaît aussi pas très bien tout ce qui est prise en charge éventuellement psychothérapeutique dans ces cas-là.
P	Et puis, il ne doit pas y avoir une énorme offre aussi, à chaque fois les psychothérapies euh comme ce n'est pas remboursé, je me dis : « à qui on les envoie quoi ? ». Enfin ils vont payer 80 euros la séance enfin, 80 et au-delà.
J	Et puis est-ce que ça marche ?
P	Est-ce que ça marche et puis, c'est pas très bien codifié. A qui on envoie ? ou euh... ou des choses un peu euh... Je sais plus l'autre fois, j'ai eu une patiente, elle avait été envoyée par son médecin à Aix les Bains à une nana qui fait chez elle des séances de relaxation personnelle, enfin je ne sais pas trop quoi un truc euh la position des mains, enfin pas un rebouteux mais des trucs un peu Chia-Tsu ou je ne sais pas quoi !!
B	Et, ça a marché ?
P	Bah, elle disait que ça avait marché mais elle prenait 50 euros la séance quoi et régulièrement. Oui là, c'est pour une histoire de toxicomanie enfin d'addiction, une forme de douleur chronique.
An	<p>Moi, je trouve que la difficulté en tant qu'interne, c'est le fait déjà de pas connaître le patient, son histoire et le fait d'intervenir ponctuellement.</p> <p><i>– Acquiescement de l'ensemble du groupe-</i></p> <p>Enfin moi, c'est d'autant plus vrai à SOS médecins parce qu'on est appelé euh...quoique y'a des patients euh douloureux chroniques qui appellent souvent SOS médecins mais bon ils appellent souvent SOS Médecins comme d'autres mais, euh en tout cas face à quelqu'un qui a une symptomatologie chronique de douleur, euh, quand on intervient ponctuellement et ben c'est vrai qu'on se focalise vachement sur le fait d'éliminer quelque chose de grave. Mais après on sait pertinemment que la prise en charge du symptôme chronique c'est pas du tout nous qui prendrons en charge, donc euh on essaie éventuellement de voir s'il y a une part d'anxiété un peu majorée sur laquelle on peut jouer, euh le rassurer et tout, mais par contre la prise en charge un peu chronique euh... Et de temps en temps justement ça peut être intéressant justement de dire au patient, et de le recadrer par rapport à justement à son parcours de soin, de dire que bah voilà quoi cette problématique-là de sa douleur, ça fait des mois et des années qu'elle est là donc euh voilà il faut qu'il privilégie les interlocuteurs qui le connaissent bien etc. Et, qu'il rentre dans cette démarche-là. Et je le dis comme ça parce que j'ai fait un stage avant en rhumato à Aix les Bains où ils s'occupent de douloureux chroniques, euh voilà</p>

	un service de consultation et d'hospitalisation de patients douloureux chroniques et, ils utilisent euh bah les méthodes euh psychothérapeutiques et puis aussi bah ils utilisent les bains, donc c'est surtout tous les douloureux chroniques du dos, du cou, des névralgies, les sciatiques enfin toute la rhumato vraiment chronique. Et euh là on sent vraiment qu'il y a euh une prise en charge vraiment en équipe et là, ça devient déjà un peu plus intéressant et, on se sent un petit peu moins démuné quoi. En tout cas, on sent que ça correspond un peu plus à l'attente du patient parce que euh, parce que voilà en fait, il s'identifie à sa douleur et donc du coup voilà quand tu piges un peu euh, enfin quand tu lui montres un peu que t'essaies de comprendre sa douleur c'est un peu que tu le comprends dans sa personne en entier quoi donc...C'est pas clair du tout ce que je dis !
	<i>Si -de manière générale-</i>
p	Dans ces équipes-là, ils sont écoutés par des gens, vraiment écoutés, ils ont l'habitude de les écouter. <i>-Acquiescement d'An-</i>
An	Et ça permet de déculpabiliser par rapport au fait que quand t'interviens ponctuellement c'est pas pour rien que t'arrives pas forcément à faire grand-chose.
J	Et, ça rejoint le recours que t'as en Médecine Générale dans certains endroits avec les centres de la douleur. Il n'y en a pas beaucoup mais je sais qu'à Grenoble de temps en temps, enfin on essayait de faire le maximum mais de temps en temps on déléguait aussi. Ça marchait pas toujours mais de toute façon, il faut essayer quand t'as un patient que tu suis au long cours les seules fois où tu t'en sors c'est quand t'essaies plusieurs choses.
B	Ouais, et puis t'as pas bien le choix, au bout d'un moment quand t'as essayé pas mal de traitement, t'as 20 minutes donc euh ,20 minutes une consultation c'est dur de prendre en charge, euh, le côté psy euh.
An	Les consultations d'ailleurs elles sont hyper longues, je ne sais pas si vous avez assisté à des consultations de douleur chronique. C'est vrai que c'est hyper long quoi !
B	T'as pas le temps en 20 minutes de faire le tour de la douleur quoi.
Am	Puis l'adresser à quelqu'un d'autre, notamment à une équipe de la douleur, ça permet d'avoir un autre interlocuteur et puis, d'avoir un œil neuf sur le problème du patient.
An	Et puis, eux ils ont vraiment des outils, euh de prise en charge des douleurs chroniques pour lesquels nous je pense en tant qu'interne on n'est pas formé: psychothérapique euh l'hypnose. Par exemple, j'avais rencontré un médecin aux urgences à Annecy qui s'était formé à Paris sur l'hypnose et, il soignait les pathologies: les colopathies fonctionnelles des douloureux chroniques un peu de l'intestin- là avec l'hypnose et apparemment il y aurait des études, je les ai pas lues mais, il y aurait des études intéressantes donc du coup voilà, en contexte de médecine gé euh si t'as un outil particulier qui lui correspondra je sais pas si on est forcément, si on a forcément les outils pour aider à je sais pas.
P	Puis après comme tous les spécialistes hein, finalement on va voir un gastro. Il sait faire des gestes particuliers, ou une évaluation gériatrique parce qu'ils ont une structure euh, ou aller voir une psycho machin psychomotricienne, c'est une spécialité. Surtout, faut de la logistique finalement enfin, nous on pourrait très bien être formé aux outils mais on n'a pas la logistique euh on peut pas être à la fois plusieurs, enfin je sais pas, on peut pas être à la fois psycho etc...
An	Oui complètement.
P	Et puis proposer des hospitalisations de jour aussi je pense euh pour les histoires de douleurs chroniques euh, l'emmener à l'hôpital pour voir toutes les équipes, ce sont des choses qui peuvent se faire quoi.
J	C'est vrai que pour en revenir à ce qu'on disait, qu'on fait des examens pour se rassurer, devant la plainte des fois tu doutes toujours, t'as beau ,bon t'aurais un patient normal entre guillemets devant toi t'aurais fait ça, t'aurais été rassuré et là, tu te retrouves face à un patient où t'as beau, enfin c'est plus vraiment réfléchi quoi. C'est plus un sentiment de « merde j'ai oublié quelque chose », que bah non j'ai fait ça ça et ça. J'ai rien oublié euh, faut voir ailleurs quoi.
P	Et puis, y'a toujours la petite probabilité qu'il y ait effectivement quelque chose hein, une lombalgie chronique, on se dit « mince euh si je ne fais pas l'IRM, les histoires de chasse voilà ».
An	Justement, il faut peut-être dépasser ce stade-là, et nous on peut peut-être pas se le permettre mais peut être les médecins qui prennent en charge la douleur chronique dépassent un peu ce stade là et je ne sais pas du coup peut être qu'ils se permettent de se dire « bon bah on est vraiment dans le chronique et on ne surenchérit pas dans les examens et.. »

P	Mais, je pense que les gens, ils arrivent dans ces structures spécialisées, ils ont déjà vu le neurologue qui a fait l'électromyogramme. Ils ont déjà eu l'IRM lombaire et puis euh je pense qu'ils ont déjà eu l'imagerie et des explorations neurologiques des choses comme ça. Et ils arrivent et c'est p't'être là où les médecins généralistes l'envoient au rhumato en disant « écoute celui là je sais pas ».
An	Mais, il y a quand même un profil psychologique quoi, tu vois le mec quoi.
P	Bah là, du coup tu parles de la rhumato, enfin les lombalgiques, c'est encore autre chose que les douleurs abdos mais les lombalgies du cabinet moi c'est quelque chose que je ne supporte pas. <i>-Rire général-</i>
An	Non mais tu les vois à 3 km quoi! Moi, je trouve que c'est...je sais pas s'il y a des critères diagnostiques mais tu ressens les choses de temps en temps enfin, tu sens une espèce de plainte multiple, euh t'as des bénéfices secondaires aussi une espèce d'anamnèse euh, qui est à la fois floue à la fois ancienne euh enfin tout ça euh...
P	Les arrêts de travail à répétition.
An	Voilà.
P	Les mecs un peu mous, un peu déprimés...
An	Donc tout ça, ça rentre quand même vachement en ligne de compte, même si on dit qu'on fait à chaque fois des examens, de temps en temps, on se limite aussi quoi.
B	Quand tu connais le patient ça va, mais quand tu le vois une fois de temps en temps, t'as envie de refaire le point et refaire des examens complémentaires.
An	Justement je disais à part l'anxiété à SOS Médecins, de temps en temps tu vois et ben tu finis, je sais faut pas dire ça, par les faire pleurer et, ils te disent que oui en fait, ils ont des problèmes de famille, des problèmes de trucs depuis euh 2-3 jours et que voilà et que finalement la plainte s'est cristallisée sur leur plainte chronique, et ça c'est un élément qui rassure.
Marine	Et une fois que le diagnostic est fait, que les examens complémentaires sont tous réalisés, que finalement on en vient au problème de douleur chronique, est-ce que vous avez l'impression que c'est plus des difficultés sur le plan relationnel par rapport au patient qui vous empêchent de l'amener vers ce syndrome douloureux chronique ?
B	C'est un problème relationnel parce qu'en fait, le patient se focalise sur la douleur donc du coup manifeste vachement par la douleur mais, il oublie les causes de la douleur donc il oublie de faire un travail sur lui-même et du coup c'est là où les thérapies sont pas mal je pense. Donc faire comprendre ça au patient ce n'est pas facile.
P	Surtout que souvent ça va avec un contexte autour. Si le gars travaille plus, ça va pas avec sa femme tout ça, il peut utiliser la douleur pour justifier le fait qu'il soit déprimé, qu'il s'occupe plus des gosses, ou qu'il a plus de travail. Si du jour au lendemain euh lui faire reconnaître que bah non c'est dans sa tête, enfin voilà il va perdre toute la reconnaissance sociale qui est basée sur cette douleur-là et donc, on peut difficilement lui faire avaler ça. Enfin, c'est vrai que le douloureux chronique du début en tant qu'interne en 6 mois le lombalgique, on a le temps de le voir un paquet de fois et de lui avoir fait son scanner et de se dire il a rien. Au début, on se dit bon bah je vais lui caler un peu d'Ixprim® euh ou de Morphine et puis tout en sachant que assez vite toute façon lui une fois il aura des doses trop fortes de Morphine, qu'il sera constipé, que si, que ça. Et, il va falloir qu'on arrête et, on va être embêté parce qu'on lui aura mis euh et l'antidépresseur et l'antiépileptique euh machin, et on va se retrouver avec cette question-là de euh il était déprimé et maintenant il est dépendant à la Morphine et qu'est-ce qu'on va en faire?
Am	Il y a aussi faire accepter au patient que la douleur finalement euh s'améliorera jamais quoi.
P	Ouais, qu'on ne va pas l'enlever.
Am	S'il a qu'une étape à passer, c'est quand même un gouffre à passer quoi, lui dire que finalement sa douleur soit t'as pas de cause soit t'en as une mais finalement tu ne peux pas la traiter et qu'il va falloir qu'il vive avec sa douleur et qu'il l'accepte.
J	Ouais c'est ça, c'est pas que forcément des douleurs d'origine psychosomatique, il y a des vraies douleurs enfin, des vraies douleurs des douleurs avec une cause physiologique, on va dire l'arthrose majeure je sais pas, et le problème c'est la limitation de ce qu'on peut leur donner à force d'essayer des trucs, l'escalade, les effets secondaires tout ça et c'est vrai que nous on ne connaît pas non plus énormément. Quand t'as un patient aux urgences, t'as envie de le soulager, pour qu'il parte des urgences, c'est un peu bête mais c'est un peu l'idée et en même temps cette escalade elle est pas bonne pour lui à long terme donc après c'est toujours un juste milieu à trouver et moi je suis pas à l'aise.

An	C'est vrai que t'as raison, la notion de dépendance, je ne sais pas, c'est vrai qu'on en voit souvent des patients.
P	Après comme tu dis, ça peut être une vraie douleur. On est parti un peu dans tous les sens mais c'est vrai qu'il y a les douloureux chroniques plutôt psys qu'on va rendre dépendants à un truc, et après voilà et après, il va y avoir les patients douloureux chroniques peut-être enfin voilà arthrose, ou soins palliatifs mais ils sont pas encore morts, ils ont peut-être encore un certain temps de belles choses à vivre mais, euh voilà si on commence à les assommer c'est vrai que sur la balance bénéfice-risque finalement on peut se la poser par rapport à qu'est-ce ...
B	Ouais mais au final, quand il y a une douleur chronique même que ça soit la cause ou la conséquence il y aura toujours des problèmes psychologiques.
P	Ah oui. Y'aura toujours ça mais c'est vrai que on ne mettra pas forcément au premier plan le médicament...
An	La douleur chronique induit une fragilité, ça mine aussi l'esprit quoi.
P	Ouais
An	Et euh c'est vrai qu'on dit toujours c'est une personnalité fragile qui serait p't'être responsable de la douleur, mais je crois aussi que c'est aussi la douleur chronique qui finalement finit par te miner et tu finis par être obnubilé par cette douleur.
J	Oui ça va dans les deux sens.
An	Ca va dans les deux sens! C'est vrai qu'il ne faut pas caricaturer.
P	Non c'est vrai. Bah c'est sûr que c'est un peu la caricature.
An	Il faut avoir de la patience je pense, en tant que soignant il faut se dire est-ce que je suis, déjà est-ce que ça m'intéresse ? Est-ce que je suis assez patient ? Moi personnellement, je ne pense pas avoir la patience nécessaire pour euh prendre en charge ce genre de patient et je ne sais pas si c'est mal de dire ça mais...
J	Puis faut savoir écouter, et pas mettre dans une case, ça c'est vraiment euh et puis orienter selon ce qu'on pense qui serait le mieux quitte à changer de technique si ça marche pas. Mais euh c'est super dur pour tout hein y'a pas que pour la douleur, c'est trop facile de mettre dans des cases et d'avoir du mal à en sortir.
P	Après il y a des gens pour qui on va avoir de l'empathie je trouve. Enfin, il y a des gens pour qui on va se dire, celui-là, c'est vraiment un casse-couille et euh un autre qui va avoir les mêmes problèmes et peut-être les mêmes problèmes d'addictions, les mêmes problèmes mais qui va nous paraître sympathique, je sais pas de par son histoire familiale ou de son truc ou de son intelligence à répondre, enfin arriver à avoir une empathie qui se met avec lui. Celui-là on va avoir la patience de le soutenir de lui répéter 10 fois les mêmes choses et de l'écouter, alors que l'autre qu'on va trouver euh, on va se dire c'est un débile celui-là il m'embête on va pas l'écouter alors que pour le même problème y'en a un qu'on va se sentir investi et pas l'autre quoi.
B	La prise en charge va être différente alors que euh...
P	Alors que c'est les deux, ils ont le même ressort derrière mais euh il y en a un on va avoir envie de s'y mettre et l'autre...
J	Et après coup tu te sens mal les fois où tu réagis comme ça justement, sur le coup c'est plus de l'énervement ou de l'agacement que tu ressens et après...
An	Oui mais ça c'est valable pour tous les patients un peu.
J	Oui pas que pour la douleur mais c'est quand-même un facteur de risque la douleur.
P	Il y a quand même un investissement personnel en plus que d'autre quoi.
Stéphanie	Amandine tu voulais dire?
Am	Non, le douloureux chronique enfin, je pense que en cabinet y'a aussi les conditions qui jouent vachement quand tu le reçois, si la consult d'avant c'était un patient...
P	C'est aussi un lombalgique chronique, si c'est le troisième lombalgique de la journée...
Am	Oui voilà, si c'est le troisième, t'en peux plus et tu ne peux pas répondre la même chose qu'à celui que t'as vu le matin à la première consult' et t'étais dans des supers conditions quoi.
B	Ouais, le matin, le soir ou la journée.
J	Le patient si c'est le tien, tu le reverras et tu rattraperas à la consult' d'après, ce que t'as pas donné à celle-là quoi normalement, enfin...
An	Il ya aussi un truc je sais pas vous, mais la peur d'entretenir en fait c'est toujours le même problème en fait, pas des examens mais tu te dis : est-ce que ma prise en charge elle est nécessaire ? Est-ce que j'entretiens pas justement cette douleur chronique, cette façon de faire mais tu sais pas trop comment... Quelques fois tu te poses quand-même cette question je ne sais pas vous?

P	Hum bah dès qu'on commence à mettre des médicaments je trouve, dès qu'on commence à mettre des morphiniques même des paliers deux euh...
An	Mais même.
P	Tu te dis est-ce que par exemple ce n'est pas la facilité ? C'est comme donner du sirop anti-toux pour une toux qui traîne.
An	Par exemple le nombre de consultations tu vois. Est-ce que ça servirait pas de mettre un cadre et de dire « voilà bah pour votre problème, c'est très intéressant et très important. On se revoit tous les mois pendant un certain temps ». Ou alors au contraire, est-ce que tu laisses ouvert ton cabinet ? En gros dès qu'il ne va pas bien il vient te voir 2-3 fois dans la semaine d'un coup et après pendant 2 mois tu le revois pas.
B	Ah oui c'est peut-être une bonne idée de cadrer les choses, comme ça tu vois même quand ça va bien quoi.
J	Et puis peut-être que les plaintes sont pas les mêmes donc euh, t'as plus d'informations intéressantes quand il n'est pas à un moment où il craque quoi.
P	Ca veut dire qu'il faut faire accepter que le patient soit douloureux chronique.
An	Mais y'en a qui aiment bien être catalogués genre le fibromyalgique, le lombalgique, celui qui a son scanner euh avec sa hernie il aime bien. Il a son truc, il est accidenté du travail.
B	Ouais, ils savent que c'est chronique enfin les patients ils ont mal depuis plusieurs mois euh.
Am	En même temps les étiqueter entre guillemets, est-ce que pour certains aussi c'est pas les aider aussi à entrer dans ce... enfin leur mettre l'étiquette de : « vous êtes douloureux chronique ». Est-ce que ça les aide pas à accepter aussi les choses ?
B	Comme le diagnostic de fibromyalgie, ça les aide à... Ils portent un nom sur leur maladie.
An	Et sur le plan des traitements, vous êtes à l'aise avec les... tout ce qui est antiépileptiques euh, des choses comme ça ?
P	Pas plus que ça.
J	On tâtonne hein quand même, c'est un peu de la cuisine.
P	Est-ce que je vais vraiment leur filer du Lyrica® ? Le nombre de gens que j'ai vu sous Lyrica® y'en a aucun qui dit que...
J	Ca dépend des douleurs.
P	Enfin, ça dépend des douleurs. Mais quand on dit que c'est neuropathique, j'ai l'impression que tous ces trucs euh enfin à part l'Amytriptylline qui a l'air bien efficace euh...
B	Moi j'ai vu en neuro des patients qui étaient bien soulagés quand-même par des traitements antiépileptiques.
P	Ces gens-là, on leur file du Laroxyl®. Mais le Laroxyl®, je ne sais pas si c'est pour la neuropathie ou si c'est pour euh...Et puis ça fait dormir, c'est un antidépresseur.
B	Bah ça agit sur les deux versants.
Am	Bah t'as les deux versants oui, mais justement tu l'utilises pour ça. T'as les deux versants.
P	Oui moi je me dis, on a surtout le versant antidépresseur et épileptique.
An	Moi dans mes études, j'ai la connaissance de diagnostiquer une douleur neurogène, neuropathique et du coup des médicaments qui vont avec quoi, mais par contre l'utilisation des médicaments en eux-mêmes, et les évaluer justement savoir s'ils sont efficaces ou pas, ça je n'ai pas d'outils euh.
J	Oui et puis par lequel commencer.
An	Voilà exactement.
J	Quelle dose ? Quand est-ce que tu les augmentes ? Les effets secondaires...
An	Ouais et puis pendant combien de temps tu les laisses euh, ça je trouve qu'on est, enfin moi je ne suis pas.
J	En gros, on est à l'aise palier 1, palier 2 classiques.
An	Et on est à l'aise sur les morphiniques mais après plus que ça.
P	Sur la douleur euh ouais, sur la clinique tout ça je pense être à l'aise mais sur ce que tu dis là, Neurontin®, Gabapentine, Lyrica®, tout ça euh « l'air d'y connaître rien », déjà je suis pas convaincu que ça ait une grande efficacité et, je suis pas sûr qu'il y ait un fort niveau de preuve enfin il me semble avoir lu qu'il n'y a pas de gros niveaux de preuve là-dessus quoi. Et du coup peut-être que ça marche sur des patients très spécifiques comme la neurologie, mais ceux qu'on voit au cabinet, est-ce que c'est des vraies douleurs neuropathiques ?
An	Est-ce que c'est à nous d'instaurer ?
P	Est-ce que c'est à nous de mettre le truc euh de mettre un médicament ?
J	Même en morphine, on est à l'aise mais quand c'est pour quelque chose de ponctuel, d'aigu,

	pour mettre en place un traitement, sans aller jusqu'à l'escalade mais en même temps faut arriver à les soulager euh je ne suis pas hyper à l'aise.
P	Pour du palliatif moi ça me dérange pas, finalement.
J	Ouais mais pour une douleur chronique.
P	Mais, c'est vrai que pour le douloureux chronique c'est sûr que ce n'est pas évident. Après y'a des sevrages hein aussi, y'a des gens qui sont adressés, enfin même ici à la PASS, là, ils font aussi des toxicomanies et ils voient des gens comme XX ou XX, où il y a une escalade de morphiniques et qui viennent pour un sevrage quoi.
An	Ouais ouais.
P	Des gens qui ont une douleur chronique, une lombalgie chronique et à qui on a calé des doses de cheval de Skénan®, et ils ressortent avec de la Méthadone®, quoi et ils baissent la Méthadone®, petit à petit enfin comme un toxicomane.
B	Et ils n'ont pas plus mal ?
P	Bah si finalement ils ont divisé par 10 les doses de morphines, ils en ont toujours mais ils sont toujours pas très bien quoi ;
J	C'est pour ça la question, toi en tant que médecin g é, est-ce que t'as un rapport bénéfice-risque positif ou pas, en mettant des morphiniques ?
P	C'est ce que tu disais, y'a un moment, il y a un moment il faut savoir s'arrêter parce qu'il y a des gens qui arrivent avec 300 mg de Skénan® par jour.
B	Je pense qu'après, il faut se fixer une limite.
Am	Après tu ne sais plus ce que tu fais.
J	Elle est difficile la limite à trouver.
B	Ouais ça c'est sûr et c'est en fonction de chaque patient je pense.
P	Bah je pense que ouais faut quand-même euh, quand on prescrit 300 mg de morphine chez un gars qui a 40 ans, qui a mal au dos, avant on aurait pu se dire « bon bah non stop j'envoie à l'équipe douleur avant d'arriver à 300mg de Skénan® » surtout s'il a aucune lésion infectieuse ou tumorale.
An	Après c'est vrai que quelques fois t'as des grosses surprises, de bah justement on parlait des examens complémentaires, quelques fois hop tu t'aperçois que il y a un diagnostic euh monstre qui a trainé.
P	C'est pour ça qu'on est obligé de les faire tous ces examens. Je ne dis pas qu'il ne faut pas les faire.
B	On est obligé mais il faut se limiter quoi.
Am	D'où l'importance d'avoir un œil neuf parfois je pense.
An	D'avoir ?
Am	Un œil neuf, de l'adresser à quelqu'un de nouveau justement pour pouvoir sortir de cette étiquette de patient douloureux chronique ou de douleur psychosomatique.
An	Je me souviens d'un patient que j'avais vu en UPL et il était venu me voir, et c'était un patient douloureux chronique. Il m'avait dit « bon euh », il était un peu gêné par rapport à son médecin. Parce que son médecin je pense il devait bien le suivre et me dit « écoutez, je viens vous voir parce que vous êtes jeune médecin, vous venez de sortir de la faculté euh » -Rire d'An.-
B	Vous avez des nouveaux médicaments.
An	Voilà, vous connaissez les dernières nouveautés et tout. C'est marrant quoi il voulait savoir si en gros voilà si, en gros son truc ça relevait de quelque chose qu'on avait découvert récemment, comme quoi il y avait toujours une espèce de petite porte ouverte pour lui. Après finalement ça l'a rassuré quand je lui ai dit « bah écoutez non. J'ai pas d'autres idées je pense que là votre prise en charge est bien ». Donc à la fois, il est passé à autre chose, ça l'a rassuré mais quand même dans son esprit une espèce de petite porte ouverte à la nouveauté quoi les trucs euh comme s'il y avait toujours une possibilité que...
Stéphanie	Tu t'es senti capable en tant qu'interne à répondre à cette question ?
An	Euh, bah j'étais rassuré par le contexte de prise en charge. J'étais rassuré parce que c'était cadré, parce qu'il y avait eu, j'avais vu dans le dossier il avait eu les examens, que les médicaments il les avait depuis un certain temps et que ça lui allait et que finalement sa demande c'était pas euh... Enfin c'était une demande un peu, c'était peut-être se réassurer et tout donc euh moi je pouvais lui donner ça, enfin j'étais suffisamment en confiance en tout cas sur mon terrain de stage par rapport...
Stéphanie	Et par rapport aux connaissances ?

An	Par rapport aux connaissances aussi, oui parce qu'on est quand même bien formé enfin je pense qu'on est quand même bien formé aux trucs euh graves, aigus, à diagnostiquer etc. Je pense que nos études nous forment à ça, par contre nos études ne font pas aller plus loin justement sur ce genre de truc quoi.
Stéphanie	Du coup, vous au final au vue des difficultés que vous avez, par rapport à la formation, qu'est-ce que qui vous gêne qu'est-ce qui...
Marine	Là justement, enfin, de ce qu'on en sort de la conversation jusqu'à maintenant, ce qui vous pose problème a priori c'est quand même l'aspect psychologique avec les patients mais aussi a priori le traitement pour les douleurs neuropathiques, qu'on ne sait pas bien introduire. Enfin on ne sait pas si ça a des effets, est-ce que vous pensez qu'il y a quelque chose qui pourrait améliorer notre formation ou?
An	Euh, je pense que c'est bien de saisir les opportunités. C'est peut-être vrai pour tous les sujets mais moi j'ai rencontré le Dr XX qui gère les douleurs chroniques et voilà c'est un peu un concours de circonstances qui a fait que... Et je pense que si on est un peu intéressé au sujet, du coup on saisit les opportunités pour euh rencontrer les personnes qui savent et puis du coup aller en consultation et échanger sur le sujet. Donc je pense que sur les terrains de stage après moi c'est peut-être mon cas particulier mais, j'ai quand même voilà la rhumato, et quand j'étais donc en gastro j'ai rencontré le service de douleur chronique et de soins palliatifs donc voilà c'est mes deux expériences un peu formatrices mais ça a été formateur. C'était pas l'objectif de mes stages au départ quoi, c'était euh je sais pas...
J	Après ça dépend des stages qu'on fait, en gériatrie il y a souvent une équipe de soins palliatifs avec laquelle on peut discuter mais tous les hôpitaux n'ont pas un centre de la douleur. Ou alors après il y a un investissement personnel et aller en consultation. Après la deuxième chose c'est qu'il serait bien de s'ouvrir un peu aux autres techniques. Il paraît que l'hypnose, il y a pleins d'autres choses pas forcément se former là-dedans parce qu'on ne peut pas tout faire, mais savoir que ça existe et avoir 2-3 notions dessus.
Marine	Et comment tu pourrais trouver des solutions pour qu'on puisse être au courant de ces techniques-là ?
J	Bah ça peut être dans les FMC éventuellement mais pas une sur chaque et ça pourrait être sinon euh pendant le stage chez le prat'.
B	Ouais ou une formation parce que tous les médecins généralistes sont confrontés à une douleur chronique, ou pourquoi pas faire une journée de formation pour les internes de médecine gé quoi parce qu'on est tous confronté à ça dans tous les stages.
P	Dans ces trucs un peu accessoires, genre hypnose tout ça, ce n'est pas remboursé. Ce n'est pas codifié. Il peut y avoir à la fois des charlatans et des pas charlatans et du coup...
An	L'hypnose ce n'est pas remboursé ?
P	Bah je ne pense pas sauf si c'est un médecin qui s'est formé à l'hypnose mais enfin je ne sais pas qui fait l'hypnose finalement. Je sais qu'il y a des médecins généralistes qui s'y forment mais est-ce qu'il y a que des médecins généralistes qui font ça ? Est-ce que qu'il y a pas aussi des thérapeutes et...
Am	Il y a aussi des anesthésistes qui font ça.
P	Ouais enfin là on est dans un cas particulier. Mais la lombalgie chronique, on arrive ici chez le praticien, enfin chez le prat', on a besoin d'un carnet d'adresses, quoi bon les spécialistes c'est assez facile, y'a l'annuaire y'a l'hôpital enfin et pour les autres, rien que pour les psychologues, les psychothérapeutes euh les gens qui vont faire de l'hypnose ou des massages ou des trucs ou du yoga ou...Et ben on a pas vraiment de carnet d'adresses alors ça...Un peu mais on sait pas si ce n'est pas remboursé, on sait pas si c'est cher ou pas. Voilà si les gens vont se faire plumer ou pas, c'est là où je trouve que c'est dur et c'est vrai que c'est là où on attendrait qu'il y ait un vrai réseau.
J	Oui mais p't-être qu'ils ont les notions justement aux centres de la douleur sans leur adresser notre patient peut-être qu'en les appelant eux ils ont le carnet d'adresses ?
P	Il faut qu'ils communiquent, parce que c'est vrai que quand t'es au cabinet, que tu dois appeler euh déjà pour avoir quelqu'un à l'hôpital pour avoir un avis c'est dur.
An	Et le problème c'est qu'ils sont déjà débordés je crois les centres de la douleur.
P	Mais du coup s'ils ne veulent pas forcément recevoir le patient, ils peuvent avoir un site internet ou un truc comme ça auquel tu...



An	Ah ouais ok, auquel tu pourrais t'adresser.
P	Tu vas dessus et tu vas voir sur le site et y'a des références enfin voilà ici y'a tel ou tel psychothérapeute qui sont agréés, ou un agrément quoi.
Marine	Donc, finalement vous ne savez pas vraiment vers qui vous tourner dans ces cas-là?
P	Vers qui se tourner, qui contacter, en qui on peut avoir confiance ? Parce que même si on nous a dit qu'il y avait tel ou tel truc qui existait, moi j'ai jamais adressé un mec à regarder dans les pages jaunes tapez sur Google hypnose et vous allez voir le mec qui est là-bas dans tel village, enfin je n'oserais pas trop quoi.
An	Comme t'as ton cardiologue, comme t'as ton ...
P	Ouais voilà.
Am	Je pense que c'est beaucoup plus difficile de se faire un réseau dans ce domaine.
An	L'addicto, la diabéto, pour les réseaux ça marche pas mal.
P	Le réseau pour la douleur euh... et ça se trouve bah je ne sais pas moi je les connais pas bien, j'ai jamais eu affaire à ça ici mais euh voilà sur l'hôpital quoi je ne sais pas. Euh toi en rhumato à Aix les Bains si tous les contacts peuvent facilement te donner accès à leurs thérapeutes de ville ou...
An	Ah nan j'en sais rien.
P	Ou s'il faut qu'il passe par l'hôpital par exemple.
An	Et puis j'ai l'impression qu'il y a vraiment un réseau axé sur l'hôpital et je n'ai pas l'impression qu'il soit ...
B	Ils ont un truc douleur.
An	Ah ouais, ce n'est pas de la rééduc ça?
B	Ouais mais ils ont un truc douleur je crois.
J	Après c'est dur d'avoir un réseau parce que ce n'est pas hyper développé non plus, et qu'il y a encore beaucoup de médecins qui n'y croient pas ou qui sont réfractaires à ça. Et je pense que ça joue, la gynéco tout le monde en a besoin pour adresser des patients alors que là euh...
An	Mais peut-être que justement ça va se développer et que quand on commence l'internat ben moi je crois beaucoup en la formation un peu à la carte quoi, parce que tu fais une formation sur la motivation tu vois quand tu te formes dans un domaine et que t'es motivé bah t'es vachement plus réceptif et tu vas beaucoup plus loin quoi donc euh... Ca pourrait être ça aussi, je suis sûr qu'il y a des internes entre nous enfin parmi nous qui sont plus motivés pour ça. Et tu pourrais dire en début d'internat, et ben si il y a des gens qui s'intéressent aux douleurs chroniques et bah, on vous incite à euh choisir tel ou tel terrain de stage parce que vous allez fréquenter euh voilà euh ces équipes-là ou même imaginer qu'il y a des, tu vois juste faire quelques consultations euh voilà. Quand t'es en UPL t'as quand même des journées de libres, on t'incite à aller euh, moi je sais que j'ai fait très peu de choses mais on t'incite à aller voir des spés, voir euh tu vois les réseaux, on vous a dit de faire ça aussi non?
B	Ouais les spés c'est les spés classiques quoi.
An	Ouais mais justement, tu peux aussi dire bah voilà tu profites de ça et justement on te dit bah tu vois le réseau de la douleur bah, c'est ça ça ça que tu vas voir quoi.
B	Moi mes prats, ils n'avaient pas de réseau.
P	Ouais ils n'avaient pas de réseau moi, pour les psychos, même pour les psychos, pour les psychos simples ils ne savaient pas trop quoi.
An	Moi ils avaient des réseaux euh de toxico, diabéto, alcool.
P	Ca le toxico, y'a le RESAD, ça pour l'alcool c'est bien identifié, le Pélican c'est bien identifié. Ca c'est parce que les associations qui s'occupent de ça t'envoient pas les gens vers euh un mec lambda non agréé. Tu les envoies vers une association agréée par l'Etat avec sa part?
An	Bah après les gens sont hyper réceptifs, moi je sais que tous les gens à qui j'ai demandé d'aller voir que ce soit l'administratif, la sécu, des spés un peu dans tous les sens, ils sont quand même hyper ouverts quoi parce que tu viens vraiment en observateur.
P	Bah non je dis quand on voit les gens euh tu sais vers quoi tu les orientes, tu vois addicto, l'alcoologie, la toxicomanie c'est des trucs bien identifiés. C'est facile pour ton prat de t'envoyer là-dedans puisque c'est leur interlocuteur. Ils sont agréés, ils savent pour leur patient et ça va être difficile de t'envoyer dans des trucs un peu euh...
An	Non mais j'imagine un truc plus souple qui passe pas par le prat' mais euh plutôt que la

	Faculté s'adresse au départ directement aux gens qui font de la douleur chronique, que ce soit des gens en ville ou ailleurs et dire voilà es-ce que vous êtes d'accord pour qu'on donne vos coordonnées à quelques internes qui sont motivés et qui pourraient vous contacter pour...Du coup tu...
P	Ouais voilà ça serait sur le bénévolat des gens.
An	Parce que t'as raison, on le ressent bien que les prats quand tu vas chez eux euh, c'est clair que je suis d'accord avec toi, ils ne sont pas trop dans le réseau douleur.
P	T'as raison, il faudrait un certain nombre de thématiques où la fac se trouve des interlocuteurs. Mais, déjà ils ont du mal à trouver des maîtres de stages mais ils pourraient déjà ouais ils pourraient trouver...
J	Déjà avant d'approfondir quand t'es intéressé, il faudrait déjà une première approche pour tout le monde, parce que en premier semestre t'arrives, tu te dis pas tiens ouais moi la douleur chronique ça m'intéresse tu vois. Il suffit que tu fasses ton stage chez le prat' au troisième semestre...
An	Oui mais tu ne choisirais pas forcément au début...
J	Oui d'accord, mais alors du coup après ta thèse après tout ça, enfin peut-être qu'une initiation euh en une matinée, ça pourrait bah déjà servir à ceux qui l'auraient et puis chercher à aller plus loin pour ceux à qui ça intéresse.
An	Oui oui oui je suis d'accord.
P	Au lieu d'avoir des séminaires bidons de communication, on pourrait avoir un séminaire euh de douleur chronique.
Am	De douleur chronique, les séminaires où finalement on t'explique aussi euh enfin soient les alternatives thérapeutiques en termes de médicaments mais aussi le reste. Finalement est-ce que ça serait pas plus mal de t'expliquer les principes de base d'une psychothérapie, de l'hypnose ou des autres alternatives ?
P	Du coup il faudrait d'autres intervenants. Ce n'est pas les mecs de Médecine Générale les premiers qui font de l'hypnose, qui va venir nous parler de son expérience. Enfin c'est mon expérience perso quoi, qu'ils fassent venir des vrais gens, enfin des gens qui ont une expérience dedans quoi. Une vraie psychothérapeute qui vienne dire bah la psychothérapie c'est ça. C'est comme pour la communication, les séminaires de communication organisés par eux où ça fait presque rire quoi. Alors que dans les entreprises euh les gens ils ont des séminaires de communication mais ils paient des intervenants où leur travail c'est de faire passer...
An	Hum, de faire passer vraiment le message.
P	De faire passer des messages de communication, on leur apprend c'est leur travail quoi ce n'est pas juste : ils ont ouvert leurs bouquins et ils répètent des belles phrases quoi. Et ça je trouve que voilà, un séminaire de communication avec des vrais intervenants de communication, une psychothérapie avec des vrais...
B	Bah une vraie formation quoi.
P	Ouais voilà une vraie formation. En même temps ça veut dire il faut les payer ces gens-là. Ça demande de l'argent et ça peut pas être improvisé par des gens qui font un power point et juste...
Stéphanie	Et du coup par exemple vous disiez que vous aviez des difficultés relationnelles est-ce que vous avez des idées un peu sur ce qui pourrait être proposées pour vous, pour que ça soit plus simple à prendre en charge en tant qu'interne ou...
P	Je trouve typiquement ça c'est la communication hein enfin là, je regarde des trucs sur la communication non violente, comment éduquer ses enfants tout ça...
J	<i>-Rire-</i>
P	Et euh enfin il y a des trucs euh j'ai juste commencé à feuilleter un peu le résumé et il y a des trucs c'est, comment réussir à dire les choses aux gens sans les culpabiliser. Et c'est quand même un truc qu'on fait vachement : « putain mais vous fumez, vous allez attraper un cancer ». Voilà on essaie de faire peur aux gens ou en tout cas on leur fait passer un message en les culpabilisant et ça, typiquement a priori ça marche pas du tout. Mais pourtant c'est notre première réaction quoi donc c'est sûr si on commence à dire au gars : « euh bah vous croyez pas que c'est un peu dans votre tête là, vous êtes pas un peu psy avec votre mal de dos, vous croyez pas que vous avez des bénéfices secondaires ? ». Si on commence à mettre carte sur table, enfin à lui rentrer de front même si on est diplomate, en tout cas à lui rentrer de front avec des idées avec ses quatre vérités qui peut-être euh, il a pas besoin de les entendre. P't'être

	qu'il y en a qui ont besoin de les entendre, mais je trouve que c'est hyper dur de comment, quelle technique de communication utiliser euh face à quelqu'un qui ne veut pas entendre quoi.
An	En plus il y a un argument supplémentaire, c'est que nous il y a un objectif de soin et que tu, en plus du côté communicant tu vois, le côté communicant c'est hyper important, savoir communiquer savoir passer un message savoir comprendre l'autre etc.
P	Mais communiquer, mais comment dans le sens comment manipuler, enfin...
An	Nous on va avoir un aspect plus complexe sur le soin quoi.
P	Finalement le soin c'est amener les gens au soin et du coup, pour amener quelqu'un à accepter à se soigner, il va falloir communiquer ce truc-là. Et finalement la communication c'est un peu de la manipulation quoi, comment le manipuler pour son bien entre guillemets.
An	Et... en neurosciences- là, c'est la théorie des neurones miroir, là, par exemple quand t'entends une musique, tu actives des neurones qui euh...en fait les neurones qui te font jouer la musique ou quand t'écoutes quelqu'un parler, tu actives des neurones qui te feraient parler de la même façon.
	-Silence-
An	Tu vois ce que je veux dire.
Stéphanie	Comme une espèce de mimétisme.
An	Voilà, par mimétisme ça c'est la théorie des neurones miroir. Et du coup c'est un peu ça parce que les douleurs chroniques, il faut qu'ils s'approprient un peu ton discours, toi pour pouvoir faire évoluer un peu sa façon de penser quoi.
Stéphanie	Amandine toi, qu'est-ce que t'en penses ?
Am	Et pour les patients par exemple, que t'as du mal à communiquer, le fait aussi qu'ils n'acceptent pas la douleur, je pense qu'il faut que toi aussi tu acceptes le fait que finalement tu les guériras pas entre guillemets de leur douleur chronique.
An	Hum...
Am	C'est aussi une étape à passer à côté du médical entre guillemets. Toi le médecin aussi, il faut que toi aussi tu l'acceptes cette chose-là et que faut que t'acceptes d'adresser ton patient vers quelqu'un, je ne sais pas vers les thérapies alternatives ou des choses comme ça, tu l'acceptes aussi quoi.
P	Hum...c'est vrai
J	Et après c'est bien d'avoir des notions justement de communication tout ça, mais il y a aussi pleins de choses que t'apprends au fur et à mesure. Et même si on a envie d'arriver à être le médecin comme ça en sachant tout, il y a tout un truc que tu pourras jamais acquérir par des connaissances en lisant des études ou euh, bah oui avec un patient tu vas être maladroit et puis du coup il y a quelque chose où ça ira mieux.
P	Ouais c'est vrai.
Am	Et la communication avec le patient douloureux chronique, c'est quelque part se former sur le tas, on peut pas arriver le premier jour, arriver en sachant parfaitement quoi dire, à quel moment aux douloureux, t'as envie qu'ils se sentent bien quoi.
An	Je pense qu'il y a quand même des vraies connaissances, tu dis communication, je pense qu'il y a quand même des vraies...publiques et bah je suis sûr, tu te fais une bonne formation vidéo etc. Tu t'enregistres, t'apprends à avoir une bonne élocution et la gestuelle etc. Je suis sûr que de la même façon je trouve qu'en médecine il y a ...
J	Non mais il y a les deux à faire.
An	Bah nous on est interne, on n'a pas d'expérience, donc on ressent le côté manque d'expérience mais je pense il faut peut être pas s'arrêter à ça non plus.
P	C'est vrai que c'est comme tout finalement, même pour les autres maladies enfin, on nous donne des outils, on nous apprend les choses et puis après on se forme sur le tas avec notre expérience clinique, la sémiologie etc. Je pense que la communication c'est la même chose sauf que sur la communication on n'est pas vraiment formé là-dessus et même s'ils nous disent qu'ils nous forment parce que le séminaire tome 1, ce n'est pas des vrais pros euh.
Marine	Et qu'est-ce que vous proposeriez justement?
P	Bah qu'ils fassent venir les gens mais du coup il faudra qu'ils les payent quoi.
Marine	Par rapport à la communication enfin ?
P	Bah qu'on soit formé à la communication quoi, la communication euh, pour le bien de l'autre,

	comment faire passer un message à l'autre comment le faire amener à accepter tes idées ou à les recevoir sans lui rentrer de front. Enfin les grosses erreurs à éviter les choses qui mènent droit dans le mur et des ficelles finalement, ça ils vont pas nous dire il faut faire ci ça avec les patients mais juste...
B	Des techniques d'interrogatoire.
P	Des techniques de com', c'est comme on nous apprend à palper un foie mais alors après il va falloir en palper beaucoup des gens pour euh reconnaître qu'il soit gros et être à l'aise par rapport à la palpation du foie...
An	Il y a un séminaire où on nous parle des personnalités euh des personnalités-type que l'on rencontre non ? J'ai un vague souvenir, ça vous dit rien ?
P	Je sais pas ça me dit rien.
An	Tu sais il y a la personnalité euh passive euh, celui qui a...non ça ne vous dit rien ?
B	A l'internat ?
P	Avant ou quand t'es interne?
An	Non quand t'es interne, j'ai un vague souvenir de ça.
P	Ca me dit rien du tout.
An	Ca ne vous dit rien ?
P	Parce que externe il y a avait des cours sur la relation médecin-malade et sur la psychiatrie avec les personnalités hystériques, séducteurs euh.
An	Ah oui c'était plus en psychiatrie ouais... mais ça rejoint un peu quoi.
P	C'était intéressant, bah les hystériques dans les douloureux chroniques il doit y avoir des ... hystériques un peu qui essaient de te séduire, qui te mettent mal à l'aise.
Stéphanie	Et par rapport à ça justement non vous avez, par rapport à ces lacunes relationnelles de prise en charge tout ça vous avez des personnalités psychiatriques, il y aurait des choses qui pourraient vous aider, qui pourraient vous accompagner un petit peu en tant qu'interne ?
	-silence-
P	Au niveau formation psychiatrique ?
Stéphanie	Hum
B	Après pour les douleurs, c'est plus de la psychothérapie quoi, p't'être les grands principes, mais c'est plus trop de notre ressort quand même, enfin je pense ce n'est pas le rôle du médecin généraliste.
Am	On aurait aimé savoir euh savoir comment fonctionne la psychothérapie de manière générale. Ca peut être intéressant, mais savoir d'une manière spécialisée comment ça marche, non c'est plutôt savoir quand est-ce qu'il faut l'adresser.
An	Oui voilà savoir évaluer et adresser.
B	Les grands principes des psychothérapies peut-être.
An	Ouais par exemple tu vas pas adresser à une psychothérapeute quelqu'un qui relève, qui est psychotique quoi, par exemple il faut essayer de ne pas faire cette erreur-là. Tu vas pas adresser quelqu'un qui manipule, enfin voilà ce genre de choses peut être qu'il faut qu'on sache faire. Après c'est clair si tu commences à faire de la psychothérapie, une fois par semaine t'as ton mec qui vient te raconter sa vie et...
P	Bah faut avoir envie quoi...
An	Ouais et ce n'est pas ton boulot aussi je pense.
P	Bah il y a des généralistes qui font de la psychothérapie, il y en a un, vers je sais plus où, là qui est connu pour ça qui fait de la psychothérapie.
B	Ouais tu peux en faire mais c'est une sous-spécialité quoi.
J	Ca, ça rentre plus dans la formation de l'interne.
P	Enfin non parce que du coup c'est vrai sur les fibromyalgiques sur les douleurs chroniques ou en psy il faut les envoyer vers une psychothérapeute. C'est vrai qu'on n'a pas trop parlé des douloureux chroniques comme tu disais qui font des arthroses, qui doivent faire le deuil du truc et qu'est-ce qu'on fait ? Qu'est-ce qu'on leur dit ?
B	La cure !
	-Rire général-
An	La cure Docteur !
P	C'est dans le Vidal, les pages roses je ne sais pas quoi où on te dit chaque eau je sais pas quoi.
B	Ah dans le Vidal il y a ça ?
P	Je crois qu'il y a des pages roses tout à la fin et chaque eau a telle ou telle qualité et t'as les

	indications vers tel ou tel centre.
B	Non mais les cures ça marche parce que tu prends en charge le malade.
Am	Dans sa globalité.
B	Voilà, parce qu'ils ont bien...
An	C'est pas vraiment de la vapeur, en fait parce que c'est des microgouttes d'eau.
J	<i>-Rire.-</i>
B	Ne faut pas qu'elle soit trop chaude.
An	Ah bah oui non mais il faut choisir la température.
Am	<i>-Rire-</i>
An	Tu choisis ,38-40-42°C
J	Il y en a qui s'y connaissent en cure.
	<i>-Rire général -</i>
An	Non mais c'est hyper drôle et de savoir que les rhumatos, ils s'occupent uniquement de douloureux chroniques et à longueur de journée ils remplissent... alors lui je lui mets euh un petit Berthollet 38 et puis je vais lui mettre. <i>-Rire général-</i>
J	On dirait un marchand de vin ton truc !
An	Je vais lui mettre un petit peu de boue sur euh l'épaule droite.
B	Vous avez mal où aujourd'hui ?
An	Ah bah là de toute façon, va falloir euh...
P	Il paraît qu'il faut faire gaffe si tu vas remplacer à Aix les Bains.
Stéphanie	Ca dérive là! Bon est-ce que vous avez des choses à rajouter du coup euh par rapport à tout ça? Est-ce que vous avez des choses euh d'autres choses à nous dire ?
Marine	Sur vos ressentis?
B	Non mais les cures, les patients ils sont contents hein !
	<i>-Rire général-</i>
Stéphanie	T'as une grande expérience toi B.!
B	Ah oui oui !
An	Et mais ils sont rayonnants hein! Ils sont rayonnants et ils se retrouvent entre eux les patients chroniques comme ça, ils se retrouvent c'est un peu la colonie de vacances quoi!
B	Comme un service de neuro, les maniaques vont avec les maniaques et les dépressifs vont avec les dépressifs.
J	C'est quoi la question première. ?
Stéphanie	Alors la question. De la thèse tu veux dire ?
J	Ouais.
Stéphanie	Quelles sont les difficultés rencontrées par les internes de Médecine Générale dans la prise en charge des patients douloureux chroniques et comment améliorer leur formation ?

## ANNEXE 2

Marine	Bonjour à tous d'abord, merci d'être venu et bienvenue. Alors, donc pour ceux qui ne nous connaissent pas trop. Moi, Marine et Stéphanie. Donc, on est toutes les deux co-thésardes et on a décidé de vous réunir ce soir pour discuter de la prise en charge de la douleur chronique. Donc, on sait que cette prise en charge est parfois difficile pour les internes notamment, pour plusieurs raisons. Et, on veut mettre ce soir en évidence vos difficultés à vous, que vous avez rencontrées pendant votre cursus d'interne aussi...enfin...si faible soit-il ou si poussé dans votre cursus. Donc voilà. Donc, il n'y a pas de hors-sujet, tout ce que vous direz sera intéressant. La discussion est enregistrée et reste anonyme. On considère que vous êtes d'accord pour la retranscription écrite, pour qu'on retranscrive tout ce que vous dites. Et, on va commencer par un petit tour de table. Vous vous présentez : Nom, Prénom, dans quelle spécialité vous êtes, le stage, et quel semestre.
Cl	Donc, Cl., Médecine Générale, 6ème semestre en SASPAS. Et voilà.
Ch	Ch. 6ème semestre, Médecine Générale, en SASPAS.
D	D. en 1er semestre en Neurovasculaire à Chambéry.
M	M., 1er semestre de Médecine Générale et Neurologie Générale à Chambéry.
N	N., 3ème semestre en Médecine Générale aux Urgences à Chambéry.
Marine	Donc, ensuite, je vous rappelle un petit peu le thème, avec vraiment la question de la thèse, donc c'est les difficultés rencontrées par les internes de Médecine Générale dans la prise en charge des patients douloureux chroniques et comment améliorer la formation initiale. Donc, on va peut être vous couper pendant le débat. Il ne faut pas vous sentir offusqué. C'est juste pour recentrer le débat sur la question principale. Donc, on va commencer. Est-ce qu'il y en a un qui veut commencer par raconter ou expliquer les difficultés qu'il a rencontrées la dernière fois qu'il a pris en charge un patient douloureux chronique ? -Silence- Ca peut être vraiment n'importe quoi, n'importe quel sujet, il n'y a pas de hors sujet du tout ...même pendant l'externat.
Cl	Moi, j'ai eu une patiente en SASAPS il n'y a pas longtemps, une dame d'une quarantaine d'année qui a de l'arthrose, a priori chronique, qui a déjà essayé plein, plein plein de traitements, qui est revenue encore une fois pour ses cervicalgies qui datent depuis déjà X années. Et du coup c'est vrai qu'on se sent toujours un petit peu en difficulté dans le sens où elle a déjà essayé tous les antalgiques, toutes les classes, que ce soient des anti-inflammatoires, des paliers 1, des paliers 2, des paliers 3, elle avait déjà essayé plein de choses. Et c'est vrai qu'elle vient nous voir pour avoir encore d'autres thérapeutiques et c'est vrai qu'on est un petit peu dans l'impasse. Après, il y a un peu toutes les médecines alternatives où l'on n'a pas forcément appris à les prescrire, mais des fois je pense ça peut être intéressant dans des cas comme ça, quand on a des thérapeutiques qui ne marchent plus, peut être que c'est pas mal d'essayer autre chose, d'essayer peut être l'ostéopathie, de l'acupuncture, enfin des choses plus douces mais qui peuvent peut être améliorer ces gens-là, quoi. Je sais pas s'il y en a qui ont d'autres...
D	Bah moi, j'étais passé en rhumato avec des patients, enfin des fibromyalgiques, ou des choses comme ça, des gens comme ça qui sont pour la plupart sous Kétamine® parce que il n'y a plus que ça qui les soulageait. Et moi, surtout ce qui me gênait le plus, c'était toute la prise en charge psychologique de la douleur derrière. Ce sont des gens qui vivent du coup avec la douleur tous les jours, qui en général sont très durs à appréhender. Parce que quand ils viennent, enfin c'est particulier comme consultation entre guillemets. Quand les gens arrivent juste en disant juste j'ai mal et quand on sait qu'on arrive pas à faire grand-chose, on sait que derrière il y a une détresse et c'est la vie au jour le jour qui est difficile et que l'on n'arrive pas forcément à prendre en charge correctement je pense le plan psychologique avant le plan douleur stricto sensu. Et que pour ça on est souvent un peu désarmé en disant on va faire venir des équipes de psy de liaison, de psychologue, de tout ce qu'on veut et que ça ne traite pas toujours le problème de fond du tout quoi.
Ch	Tu veux dire qu'on pourrait plus déjà reprendre la base : rassurer le patient, l'accompagner avant de monter dans les paliers antalgiques ou de changer de molécules ?
D	Ouais, je pense que vraiment, enfin, dans la neurophysio. entre guillemets, il y a vraiment une partie d'interactions entre le psychique et...
Ch	...Et le vécu

D	Et, je ne pense pas qu'on puisse juste traiter la douleur si on n'a pas fait le pas de traiter d'abord la détresse psychologique que ces gens vivent, parce que quand on voit venir un fibromyalgique, on se dit : « tiens y'a un relou qui arrive ». –Rire-
Ch	Et surtout les fibromyalgiques, c'est particulier comme douleur.
D	C'est particulier comme douleur, et donc du coup, ça finit par être une consult' où l'on essaie de lui refiler son truc en tant qu'antalgique et on ne prend pas forcément le temps de s'attaquer déjà au bien-être qui je pense aidera à traiter la douleur derrière. Déjà au moins ça...
Cl	Bah, c'est vrai que pour ça, il y a des centres de la douleur, enfin je sais qu'à Chambéry, il y a un service qui est vachement...qui marche bien et qui prennent d'ailleurs en charge des fibromyalgiques et des pathologies où ils sont bien parce qu'ils essayent de ne pas être que sur le médicamenteux, sur la thérapeutique. Ils essayent de voir l'aspect psychologique, l'aspect émotionnel ...
Ch	...Global.
Cl	Voilà, global du patient. Et, je pense que c'est ça qui nous manque...enfin qui nous manque. On est très bien formé sur les paliers, tout ce qui est médicamenteux, ça ne nous pose pas trop de souci d'augmenter les paliers, on sait le faire. Ce n'est pas ça le souci. Après, c'est plus ce qu'il y a derrière. Après on n'a pas forcément le temps d'aborder en consultation. Après, c'est toujours un peu pareil.
N	Moi aussi, j'avais un patient qui avait pleins...beaucoup de pathologies dont une sclérodémie systémique. Et, il avait plein de plaies sur les doigts, des amputations tout ça... Il souffrait énormément de grosses douleurs et du coup il était sous morphine, sous Skénan®. Et, au bout d'un moment, enfin, ce qui est difficile c'est que parfois on a envie de lui soulager sa douleur, augmenter les doses et au bout d'un moment, il dit : « ben non, si je monte trop les doses, après je suis ensuqué et du coup je ne peux rien faire, je ne peux pas regarder la télé, je ne peux pas faire mes mots fléchés ». Et en fait, on est vraiment...on ne soulage pas totalement et ils voudraient qu'on soulage mais ils savent très bien que l'on perd en confort de vie en augmentant les traitements. Tout ce qui leur reste c'est peut être les quelques activités qui leur restent et je trouve qu'on est un peu quand même bloqué, surtout quand l'espérance de vie...enfin, quand c'est du soin palliatif, on se dit que ça va durer mais pas éternellement et c'est l'accompagnement. Mais quand c'est des douleurs chroniques et que l'espérance de vie est quand même de plusieurs mois ou d'années, et bien c'est une douleur chronique qui n'est pas soulagée et qui ne peut pas être soulagée parce que sinon il n'y a plus de vie au quotidien. Donc je trouve ça aussi difficile de ne pas avoir aussi d'autres réponses.
Ch	On se sent impuissant, inutile, un peu dans l'impasse. On ne sait pas forcément quoi faire. C'est le problème irrésolu.
Marine	Et vous pensez que c'est propre aux internes, ça?
Ch	Non, je pense que c'est globalement dans la médecine. Même des généralistes qui ont trente ans d'expérience peuvent se retrouver dans des situations similaires, surtout avec des patients cancéreux, en soins palliatifs. Même avec de l'expérience, on sera toujours confronté à des douleurs qui ne se résolvent pas, des douleurs qu'on n'arrive pas à prendre en charge et puis, même avec de l'expérience je pense qu'on ne sait pas forcément quoi faire. Peut-être qu'on apprend plus à accompagner, parler, à gérer la famille, le stress, tout ça mais sur la douleur en elle-même, je pense que ça se saurait s'il y avait un médicament qui marchait...
M	Mais avec l'expérience, je pense que tu dois avoir des astuces comme ça pour gérer l'à côté, qui finalement doit participer au fond douloureux.
Ch	Ouais.
M	En onco-thoracique, il y avait des journées de plus ou moins grandes douleurs, et on sentait que les patients étaient douloureux, les jours où la famille ne venait pas les voir. Donc, je pense qu'il y a quelque chose à fouiller là-dedans. Je pense qu'on peut, pas s'auto-inhiber, mais diminuer le fond douloureux ne serait-ce que par la réalisation d'une activité en parallèle ou par la visite de sa famille. Une sorte de bonheur qui arrive. Je pense qu'il y a moyen de jouer là-dessus, sur les douleurs chroniques. Souvent les douloureux chroniques, ils sont coupés du monde socialement. Ils n'ont pas beaucoup de famille. Je pense que ça joue.
D	Je pense qu'il y a des bases aussi qu'on maîtrise moins entre guillemets, enfin je sais que moi c'est plus l'externat en guise de vécu. Mais que ce soient les cours qu'on a eu sur la douleur qui représentent vraiment une toute petite partie d'une petite partie de notre cursus. Et, au final sur laquelle on ne fait pas vraiment attention. On se dit, une douleur à côté de ça, j'ai tel ou tel truc à apprendre, donc la douleur bah tu lis ton truc rapidement et alors qu'au final je pense que en tant qu'interne ça va représenter une bonne partie du travail de tous les jours et que ne serait ce que...enfin ça c'est un truc auquel je m'attache beaucoup mais juste la physio...de comprendre

	vraiment, d'avoir quelque chose de plus précis pour comprendre ce qui fait la douleur et de comprendre les mécanismes qui pourraient justement la détourner, que ça puisse passer sur les activités, comme il disait ou des choses comme ça, mais d'avoir une compréhension meilleure. Enfin c'est connu, les gens qui disent, les neurologues ou les spécialistes de la douleur savent très bien comment ça marche sinon il n'y aurait pas des spécialistes de la douleur, et moi c'est mon sentiment personnel, mais je ne suis pas du tout au point sur les mécanismes douloureux et au final on se contente d'apprendre nos paliers mais quand il dit « y'a ça, tu balances ça », « ça marche pas, tu montes d'un palier », « c'est neuropathique, tu fous tes antiépileptiques ». On ne cherche peut-être pas forcément à aller au-delà des recos elles-mêmes entre guillemets.
Marine	Tu penses qu'il y a une carence dans ta formation ?
D	Je pense que au moment où c'est appris, où on nous le donne à apprendre, on n'en ressent pas la nécessité et que après, bon après je débute mais je ne sais pas si on aura quelque chose dessus, mais du coup effectivement, il y a peut-être une dissociation entre le moment où tu en as besoin et où on ne te l'apprend plus et le moment où on te l'apprend et tu n'en ressens pas la nécessité de l'apprendre. Donc, après c'est forcément perdu dans les décombres de ce qu'il te reste vaguement des années précédentes. Donc, ça pourrait être plus pertinent de remettre une couche assez rapidement parce que je pense que pour beaucoup d'internes, la première chose qui sera commune à tous les stages bah c'est la douleur quoi.
	<i>-Acquiescement général-</i>
Ch	Après il y a le problème de la traçabilité, savoir quels antalgiques un patient a déjà eu et testé, supporté, pas supporté surtout quand on remplace. On arrive que le patient a déjà sa douleur depuis dix ans et que il a déjà eu 50 000 antalgiques différents et qu'il vient et qu'il a mal et qu'on veut changer mais si ça se trouve le traitement il l'a déjà eu et puis il le supporte pas ou il ne se souvient plus ou voilà. Il y a le problème de la traçabilité, parfois ça n'est pas bien écrit dans le dossier : quel palier exactement, quel antalgique il ne supporte pas, et donc en tant que remplaçant, on ne sait pas forcément trop quelle classe viser
Cl	Ou pire, il y a le recul. Quand on est en SASPAS, chez le prat' ou dans les services, on va mettre en route un traitement et puis bah souvent, les douloureux chroniques ne va pas être évalué dans les 48 heures, ça ne sert à rien. Et, on n'a pas forcément l'occasion de revoir le patient plus tard et de réévaluer si ce que l'on a fait c'est bien. Ça je pense que quand on est médecin traitant ou installé, c'est un peu plus intéressant parce qu'on peut évaluer ce qu'on a mis en route. C'est vrai que nous, on met en route des choses et puis après ce n'est pas forcément nous qui gérons la suite derrière. Ça c'est un peu frustrant quand on passe chez le médecin généraliste, le SASPAS ou l'UPL, c'est un peu frustrant mais comme d'autres domaines en SASPAS ou UPL. C'est pas forcément propre à la douleur mais les douloureux chroniques, ce serait intéressant de pouvoir avoir un retour sur le médicament.
Ch	Hmm...Ça vaudrait le coup de tenir...enfin pour un douloureux chronique vraiment, il faudrait une partie du dossier médical uniquement sur les traitements antalgiques, limite tout ce qu'il a déjà eu, lequel il ne supporte vraiment pas enfin...pour aller un petit peu plus vite pour pas que ça traîne.
Cl	Après dans tout ce qu'il ne supporte pas, il y a tout l'aspect psychologique...
Ch	Ouais
Cl	Parce que c'est toujours pareil.
Ch	Oui
Cl	Ils ne sont pas bien, c'est un tout. Il n'y a pas que ...la douleur c'est hyper subjectif alors...je trouve c'est des gens qui ne tolèrent pas bien les médicaments, mais est-ce que vraiment ils ne les tolèrent pas ou est-ce que ce n'est pas leur état psychologique qui fait que ça crée des symptômes qu'ils vont mettre sur le compte du médicament? Moi, je ne suis pas sûre qu'il soit vraiment intolérant à l'Ixprim® autant qu'ils le disent ou qu'à d'autres molécules...mais, ça ça peut être intéressant de l'avoir, un historique bien fait mais c'est pas forcément réalisable – <i>Rire</i> - en réalité.



M	Mais tu vois je mets le doigt dessus là, mais j'ai l'impression d'avoir appris les antalgiques comme des mathématiques. En tout cas, ça se passe comme ça à Grenoble quand on est en cours, on apprend nos paliers alors que avec le peu d'expérience que j'ai, c'est quand même bien plus complexe quoi. Et, on ne nous fait pas autant en Cardio, en Neuro où on nous présente des cas complexes. En tout cas, à Grenoble c'était ça les cours qu'on a, les cours transversaux. Il y a XX qui donne quelques exemples, mais c'est quand même surtout de la pharmaco et de la physio mais on n'a pas énormément d'exemples auxquels on peut se rattacher. Et puis la prise en charge globale c'est une diapo à la fin du cours avec cinq buts: environnemental, ça plus ça plus ça.
Cl	-Acquiescement-
M	Mais je suppose que c'est à apprendre sur le terrain.
D	Ca nous met aussi en difficulté, enfin, c'est plus facile de se retrancher derrière tes molécules – <i>acquiescement de M.</i> – que de passer 20 minutes à discuter avec ton patient de sa vie.
N	Mmh...Ca demande une implication bien plus importante...
Cl	Ouais, qui n'est pas la même...clairement tout le côté psychologique.
N	Mmmh.
Ch	On n'est pas formé à ce que le patient ressorte de la consultation sans avoir forcément une ordonnance avec un traitement alors que finalement souvent il vient, il a besoin de se plaindre de la douleur, qu'on le soutienne, qu'il soit accompagné, mais finalement qu'on lui donne une autre molécule ou pas, ça ne va pas changer grand-chose sur le problème de fond. C'est vrai qu'on ne nous l'a jamais présenté comme ça quoi. On a l'impression qu'on ne fait pas bien si jamais on ne va pas donner une ordonnance.
N	-Acquiescement -
Marine	Et toi, quand tu disais que la complexité c'est par rapport à la prise en charge globale de la douleur ou bien c'était par rapport au traitement?
M	Non, par rapport à la prise en charge globale parce que finalement le traitement, c'est assez cartésien puisqu'on a une échelle d'EVA et à chaque échelon on met telle ou telle molécule donc ça ne m'a pas trop mis en difficulté. Mais après c'est quand même bien plus complexe que les cours.
D	Même pour moi, ça s'apparente enfin c'est le même principe que quand tu reconduis tes ordos, plutôt que d'essayer de faire le choix d'associer tel ou tel truc pour en mettre qu'un seul, bah là c'est le même traitement à la place de ces deux-là. Le traitement de la douleur tel qu'on nous l'apprend, c'est le principe de reconduire une ordo plutôt que de rechercher à l'optimiser, tu vois. Et donc au lieu de chercher sur ce qui fait la douleur du patient et ben on va la coter de O à 10 et bah tiens il est à 6 et bien je vais mettre un palier 2. Alors que je pense que c'est un petit peu plus complexe que ça. Il y a moyen d'optimiser le traitement antalgique justement en privilégiant d'autres aspects que la douleur physique seule. Et c'est vrai que je pense que ça doit être frustrant de se dire qu'on se contente juste de faire cet abord-là, soit parce que l'on n'a pas le temps soit parce que l'on n'a pas les armes pour faire mieux alors que ce sont des patients qui sont assez demandeurs de soins et légitimement.
M	Mais, on nous ne l'apprend pas ça. Moi, cette après-midi, j'avais une patiente qui me disait tous les soirs j'ai des cervicalgies et j'avais envie de lui dire : « vas voir l'ostéopathe », enfin ça peut être une solution. Et, en fait, ça on ne nous l'apprend pas. On ne nous met pas en situation donc c'est compliqué. J'ai l'impression qu'on apprend qu'une seule partie....
Cl	La paramédical, on ne nous l'apprend pas, tout ce qui est kiné...
N	Encore que, tout ce que j'ai vu en UPL, je sors de l'UPL, j'ai découvert les douleurs chroniques et parfois aussi aiguës. Mais chez les douloureux chroniques, les lombalgiques les choses comme ça, ils vont une fois par an chez l'ostéopathe et j'ai découvert l'ostéopathie. Un moment, je n'y croyais pas du tout, comme ce n'était pas vraiment reconnu entre guillemets, et là ils travaillaient beaucoup avec des ostéopathes et quand je vois que les patients reviennent et soulagés, ce sont tous des mécanismes qu'on ne connaît pas, c'est des entre guillemets, des sciences qu'on ne connaît pas et dont on n'apprend pas à se servir, si de temps en temps de la kiné mais la kiné c'est pour réapprendre à marcher, à se remuscler. Mais, la kiné a pleins d'autres fonctions qu'on ne connaît pas. En fait, tout ça ajouté, parfois, ça pour les douloureux chroniques, les lombalgiques, le traitement ne fait plus d'effet. Ils sont découragés de prendre des anti-inflammatoires, ça leur fait des ulcères, des gastralgies. Et, en fait, ils vont chez l'ostéo, beaucoup de kiné et ils apprennent à se positionner et à avoir une posture correcte et vraiment là ça s'améliore. Et là, ils gagnent en confort de vie. C'est vrai que par rapport à ça,

	j'ai été assez déroutée alors que nous avec nos paliers...
Ch	Hmmm...Ils cherchent une réponse ailleurs.
Cl	C'est sûr que l'ostéopathe, on nous met quarante minutes en culotte et en soutien gorge et on s'occupe de soi. Enfin, c'est une situation où l'on s'occupe du corps.
N	<i>-Acquiescement-</i>
Cl	Y'a un contact qu'on n'a pas nous parce que l'on n'a pas forcément le temps de le faire en 20 minutes, on ne peut pas. Une séance d'ostéopathie, ça dure une heure, c'est hyper agréable. On se recentre complètement sur eux et sur la douleur. Et c'est vrai que l'ostéopathe, il ne va gérer que là-dessus et après on y croit, on y croit pas. On ne peut pas tout expliquer par l'ostéopathie mais je ne suis pas forcément convaincu à 200% mais je le propose à des patients parce que je trouve que ça peut être utile. Après quand on leur dit, qu'ils ont fait une chute de reins, il faut peser aussi le pour et le contre mais je pense que pour la douleur chronique, je pense que ça peut faire du bien parce que on va se concentrer...c'est une heure de détente, c'est des conditions optimales pour quelqu'un qui souffre continuellement. Mais c'est vrai qu'on est hyper mal formé et c'est le genre de pratiques qui est tu. On a fait dix ans d'études et c'est vrai qu'en 10 ans, on ne parle pas alors que...
M	On pourrait au moins apprendre les indications. En tout cas pour la douleur, ce serait sympatoche. Pas les techniques, on s'en fout mais...
Ch	Ca peut être reconnue comme pouvant apporter des solutions quand nous, on n'en trouve pas.
Cl	Mais, comme tout simplement la kiné, parce qu'on ne sait pas prescrire de la kiné. On fait tous pareil : « rééducation du rachis lombaire pour lombosciatique évoluant depuis deux mois ». On fait tous ça alors que les postures, il y a pleins de méthodes différentes. On connaît les grands noms : méthodes Mézières enfin moi des fois, je marque ça mais je ne sais pas exactement en quoi ça consiste. Y'a de la balnéo, de la kiné en balnéo, enfin pour quels patients c'est vraiment l'indication, on ne sait pas trop. Je trouve qu'on ne travaille pas trop kiné-médecin quand on passe dans les services, en UPL ou en SASPAS. On a peu de lien finalement. Enfin, c'est très très rare que le kiné appelle et qu'il dise : « écoute, là, ça ne sert plus à rien de faire des séances ou alors au contraire, il faut en rajouter 10 ». Ca passe toujours par le patient et je ne pense pas que ça rende toujours service au patient que ce soit lui qui amène : « oui mon kiné m'a dit que... »
N	Il n'y a pas un lien interprofessions ...
Ch	...Pas une communication optimale pour le patient.
N	Après, peut-être que les futurs cabinets de groupe auront peut être une efficacité sur la douleur. Médecin, kinés, ostéos auront une communication...une vraie communication, presque un dossier médical commun ou en tout cas, une partie kiné, ostéo à laquelle ils pourraient avoir accès.
Cl	Ou qu'il y ait des protocoles dans les maisons de santé pluridisciplinaires comme il y a des protocoles avec les infirmières. Pourquoi, il ne pourrait pas y avoir des protocoles sur la kiné sur la douleur chronique. Bah voilà, quand on a tant de séances de kiné, on se concerte et on parle des patients une fois de temps en temps. Ca c'est des projets d'installation après.
N	<i>-Acquiescement-</i>
Marine	Est-ce que vous avez d'autres choses à rajouter sur les problèmes, les soucis que vous avez rencontrez ?
	<i>-Silence-</i>
Marine	Pour ce qui est des douleurs neuropathiques par exemple, est-ce que ça ne vous pose aucun souci ?
N	Je crois que c'est un peu plus rare que les autres douleurs. Et, bah je trouve que pour l'instant je n'ai pas l'expérience d'une prescription soit de neuroleptiques soit d'antidépresseurs. Et, en gros, je n'ai pas le recul encore d'en prescrire et de voir si ça marche et/ou alors d'augmenter les paliers. Et, c'est des douleurs très difficiles à cadrer, ou bout d'un moment on a le DSM 4, et on arrive à bien les évaluer. Après, j'ai l'impression que ce sont des douleurs très angoissantes, plutôt nocturnes et euh j'ai l'impression que le vécu est beaucoup plus angoissant qu'une douleur chronique peut-être cancéreuse qui n'est pas sournoise, plus profonde. Là, j'ai l'impression qu'ils sont très angoissés, qu'ils ne dorment pas, que ça atteint beaucoup le sommeil et encore, on commence à avoir des médicaments qui marchent et j'ai l'impression que ce n'est jamais totalement efficace.
Ch	Moi, j'ai l'impression que c'est peut-être plus facile de jouer sur une douleur neuropathique avec une classe <i>-acquiescement M.-</i> antiépileptiques pour des douleurs neuropathiques, c'est plus des médicaments qu'ils ont depuis longtemps qui marchent bien, qui ne sont pas changés toutes les semaines et qui ont une efficacité justement un peu particulière où ça va avoir plus

	d'efficacité que sur d'autres douleurs chroniques qui ne sont pas des douleurs neuropathiques. Enfin, c'est comme ça mon impression, globalement, je n'ai pas non plus trop d'expérience mais les patients qui ont des antidépresseurs, des à peu près stable. Enfin, c'est une impression comme ça.
D	Je pense que tu as moins de phénomènes de pharmacodépendance, d'escalade avec ces traitements contrairement aux autres où il faut augmenter à chaque fois. Avec ces traitements-là, ça permet de tolérer le truc c'est que sans augmenter, ça peut tenir 5 ans avec la même dose. C'est souvent des trucs qui se manifestent en aigu et, t'interviens rapidement. Et au final, ils n'ont pas forcément...enfin sauf s'ils ont consulté tard mais en général ce sont des douleurs qui les font consulter assez rapidement. Et, comme ça se traite bien, je trouve que ce sont des douleurs où il y a moins de vécu désagréable, enfin il y a un contexte qui est autre...
Marine	Du coup, vous vous sentez plus à l'aise dans la prise en charge des douleurs neuropathiques ?
D	Ouais
Cl	Bah, on est plus prudent. Enfin, moi je sais que j'ai plus de difficultés à instaurer un antiépileptique qu'un Doliprane® ou un Ixprim®.
Ch	Mmh. Ouais on les laisse.
	Oui. Quand on va l'instaurer, bah on va être un peu plus prudent. Enfin, à la première consult', on va l'évoquer et on va lui dire revenez et la deuxième consult' on va peut être le commencer. Comme ça s'augmente très progressivement. Je pense que pour le patient, il y a un vrai fil conducteur il sait qu'on part pour une instauration ça dépend des traitements, on lui dit que ça ne va pas s'améliorer dans les 48 heures, il sait qu'on va augmenter toutes les semaines enfin ça dépend des molécules. Et du coup, je pense que pour nos patients, il y a un vrai objectif. Ils se disent que peut être dans un mois, on va vraiment augmenter les doses qui vont devenir intéressantes. Je pense qu'ils sentent vachement accompagnés et
Ch	Ils voient ça sur le plus long terme, un peu plus long terme.
Cl	Ouais, je trouve que j'ai plus de difficultés à instaurer ces traitements, parce que je pense qu'on est moins formé;
M	C'est marrant je ne ressens pas du tout ça comme ça. Je pense que c'est une question de pratique et de stage. Je suis passé en neurochir, en oncothoracique, ça donnait à tout va.
Cl	Oui, mais c'est des services très spécialisés là-dedans ...
M	Bah du coup ça me fais moins peur.
Cl	Mais quand tu vas passer chez le prat, le premier qui va te parler d'une douleur neuropathique, tu ne vas pas ...
Ch	On ne va pas forcément lui mettre un antiépileptique comme ça.
Cl	...lui mettre du Tégrétol® comme ça.
M	Oui oui... mais je n'ai pas assez d'expérience.
	En milieu hospitalier, c'est différent parce que le patient, tu vas l'avoir tous les jours, donc tu vas lui mettre son Tégrétol®. Tu t'en fous tu sais qu'il est là pour 5, 6, 7 jours
N	Mmmh
Ch	Puis il est là pour une douleur neuropathique, il est en neurochir ou voilà, donc on est sûr du diagnostic.
M	Mmmh
N	C'est un peu le dernier rempart l'hospitalisation.
Cl	Puis, clairement ce qui se passe à l'hôpital, quand on passe en UPL ou en SASPAS, enfin aux urgences, on a tous foutu de l'Efferalgan Codéiné® -Rire- à tire larigot sur les entorses, les machins. Et quand on passe en ville, on sait que les patients le prennent 24 heures et qu'ils jettent la boîte parce qu'ils vomissent tripes et boyaux, ils ont des vertiges. Enfin voilà, l'hôpital c'est hyper cadré, c'est ...
D	Surveillé.
Cl	Ouais enfin voilà, puis voilà, il a envie de vomir, l'infirmière elle arrive elle dit il a envie de vomir, on lui file du Primpéran®. C'est réglé, il n'a plus envie de vomir. C'est vachement biaisé et c'est vachement sécurisant l'hôpital quand on sait que s'il y a un effet secondaire, on est là tout de suite.
N	On corrige.
Cl	Ouais.
N	On arrête la prescription, on la diminue, on change.
Ch	Il est encadré le patient.
Cl	Et, on a quand même bien moins l'habitude d'utiliser des antiépileptiques que des antidépresseurs pour la douleur. Enfin même si on a appris dans les cours, le mettre en application on est quand même plus réticent que de rédiger une ordonnance sécurisée de

	morphine. On nous a rabâché pendant 6 ans comment écrire, avec les lettres, les machins...C'est moins angoissant, on connaît mieux alors que ce n'est pas forcément plus dangereux. On est peut être moins bien formé dans la formation initiale.
Ch	Peut-être améliorer la formation au niveau pratique. On sait globalement les grandes lignes
Cl	Mais on est moins à l'aise.
Ch	Mais on est moins à l'aise.
Cl	Même sur instaurer le traitement, on est moins à l'aise, tous les combien il faut augmenter la dose tout ça.
N	A combien...
Cl	Alors que les autres antalgiques, on le sait, quoi. On l'a appris, c'est ancré.
M	C'est une question de pratique parce que l'on a eu le cas en onco où c'était marqué dans le courrier de sortie, si dans 15 jours, la patiente n'est pas bien équilibrée au niveau de son traitement antalgique, je crois que c'était du Lyrica®, on peut augmenter le palier et ça n'a jamais été fait par le médecin traitant.
Cl	Est-ce qu'il a reçu le courrier ?
M	Ah, ça c'est la question...
Cl	Et ouais, c'est pareil, au bout de 3 ans d'internat, tu te rends compte que le monde de l'hôpital, c'est...
M	Cloisonné.
Cl	Ouais, et pourtant je suis pro hôpital, c'est vraiment pas pour critiquer ni rien mais...
N	C'est très fermé. Et après, c'est un microcosme. Ça tourne bien à l'intérieur, les infos...
Cl	Plus ou moins -Rire-
N	On met sur dossier informatique.
Cl	Ouais.
N	Et puis, une fois qu'on est chez le prat, euh ben, c'est la vraie vie on va dire.
Cl	C'est le quotidien.
N	Ce n'est pas de l'exceptionnel.
Ch	Faut adapter au contexte.
Ch	Enfin, on s'égare...
Cl	Ouais...-Rire-
Marine	Et pour passer à autre chose, sur le plan émotionnel, vous, vous ressentez comment les choses quand vous êtes face à un patient douloureux chronique ? Est-ce que vous avez l'impression d'être à l'aise sur ces patients ou est-ce que vous avez des réticences, ou est-ce que vous avez...
Ch	A l'aise, non. Ça clairement on ne peut pas dire que l'on soit à l'aise.
Marine	Quelles sont vos émotions quand vous avez un patient douloureux chronique ?
Cl	La pathologie est importante je crois. Enfin quand tu penses aux fibromyalgiques tout à l'heure, je pense qu'après on a notre personnalité et on dit toujours qu'on a les patients qui nous ressemblent. Et, je pense que ce n'est pas pour rien. Moi, clairement les fibromyalgiques, ça me saoule quoi. Je le sais que ce n'est pas une consultation que je vais apprécier; Enfin, par contre la douleur chronique d'un cancéreux, je vais avoir beaucoup moins de difficultés parce qu'il y a peut être un peu moins...pour moi, c'est plus rationnel. Je pense que pour moi c'est la pathologie en elle-même, que j'ai du mal avec cette maladie là. Je pense que vraiment, il y a des maladies auxquelles on adhère plus. Et, je ne dis qu'on va mieux soigner ces patients mais, bah voilà il y a des malades avec qui on a moins d'affinités et ça, on essaye de faire notre métier au mieux mais
Ch	Il faut accepter qu'on ait nos propres limites, qu'il ya des choses pour lesquelles on ne se sent pas à l'aise et on a l'impression, pas qu'on ne sert à rien mais qu'on ne le fait pas bien ou que l'on pourrait peut être faire différemment, ou ce serait peut être mieux autrement mais voilà. Disons que l'on fait ce qu'on peut, on ne se sent pas à l'aise, il faut accepter que l'on puisse ne pas se sentir à l'aise, qu'on ne peut pas maîtriser les réponses qui règlent la question. On reste avec quelque chose qui va peut être durer encore et on sait que le patient va revenir dans une semaine, deux semaines. Bah voilà, il faut accepter que ce soit le jeu avec la douleur chronique. Faire du mieux qu'on peut, apporter l'écoute qu'on peut en fonction de chacun quoi.
D	C'est difficile de savoir quoi, enfin, sur quel pied danser entre guillemets parce qu'il y a des patients qui vont te dire d'emblée, j'ai une EVA à 9, à 10 et d'autres dont tu sais que ce soit par la clinique ou par le scanner où t'as des plages d'ostéolyses dégélassées dans tous les sens, qu'ils doivent souffrir le martyr et au contraire, ils sont hyper sereins et ils te disent ça va et tout. Et du coup des fois c'est dur à juger. Enfin, je me retrouve en jugement à me dire ces gens-là, ils exagèrent. Par exemple, le mec il arrive il a 8, 9 d'EVA sauf qu'on ne peut pas

	<p>vraiment savoir ce que la personne ressent. Est-ce que si moi j'avais cette douleur-là, peut-être que je l'évaluerai à 8-9, mais on ne sait pas quelles sont les bases de douleur de chacun. C'est vrai que souvent les cancéreux sont plus dignes là-dessus entre guillemets et peut-être qu'on les aborde différemment que le mec qui arrive pour sa énième prescription de tel ou tel truc. Et c'est difficile de savoir ce qu'il en est de notre rôle, si l'on fait bien notre travail mais que c'est lui qui en rajoute, parce qu'il a envie de ce confort-là ou de je ne sais quoi. Et, à l'inverse est-ce que l'on ne fait pas assez, et qu'il n'ose pas nous le dire, et c'est vrai comme il n'y a pas de propres objectifs de se dire on est efficace parce que sur la bio, on a tel truc donc c'est bon. C'est quelque chose qui est difficile à appréhender parce qu'on ne sait jamais vraiment si... Enfin c'est la réflexion que je me fais si c'était moi qui devait vivre avec cette douleur-là tous les jours, est-ce que je considérerais que la personne qui m'a soigné a bien fait son boulot. Parce que mine de rien, quand la personne quitte le cabinet ou l'hospit, bah si on n'a pas fait notre boulot, c'est des jours et des jours où la personne va souffrir et c'est dur de se dire: « là je suis bien, la personne rentre à la maison sans trop de douleurs » ou au contraire, « j'ai merdé parce que ça n'a pas été efficace ». Donc, je trouve que c'est toujours difficile d'appréhender ce principe-là qui est trop subjectif pour évaluer l'efficacité.</p>
Marine	Vous êtes d'accord ?
N	<p>Moi, je voulais revenir sur le ressenti de quand on est en face du douloureux chronique en tant que médecin, je crois que finalement, c'est ce qu'on disait tout à l'heure, c'est l'écoute, l'empathie, l'accompagnement. Et c'est vrai que ça nous renvoie à un échec parce qu'on se dit qu'on ne fait pas notre rôle jusqu'au bout enfin, on a nos limites et c'est avec l'expérience et le stage UPL qui est bien pour les internes, qu'on voit qu'on a des limites dans tout: dans le traitement de la douleur, des carences diagnostiques dans certains types de pathologies ou dans les traitements, la prise en charge. Et c'est vrai que cela nous renvoie beaucoup à nous-mêmes. Le ressenti de la douleur, notre pratique, des épisodes personnels parfois euh ou familiaux ou des gens qui ont énormément souffert autant psychologiquement que physiquement et je trouve que ce n'est pas évident. Et ça dépend surtout si on a un feeling avec le patient. Si on a un feeling, on va s'investir et c'est un investissement vraiment intense. Par contre, il y a des gens on a beau mettre tous les moyens en face, en fait, on essaie d'être proches d'eux, de leur expliquer pourquoi ils ont mal et certains restent quand même dans le déni de leur maladie soit ils pensent que l'on peut toujours faire. On est médecin et on doit pouvoir faire. Il y en a, sans nous accuser, ils sont dans le déni et ils pensent qu'il y a toujours finalement un espoir quoi. Et c'est très difficile parce que c'est des patients qui n'arrivent pas à... et nous, on n'arrive pas à accrocher avec eux et en même temps. On est là et c'est eux qui nous ont choisis et on est obligé en fait, pourtant nous on n'a pas le feeling et eux ils l'ont. Ils se raccrochent à nous, on a moins d'investissement qu'on pourrait avoir pour les autres. C'est très difficile à gérer, je trouve parce que l'on doit s'investir pareil avec chaque patient. Et, on est encore plus en difficulté car il y a une carence relationnelle parce qu'il y a moins ce feeling. C'est très difficile de gérer la douleur chez ces personnes-là parce que déjà au niveau relationnel, il y a quelque chose qui manque et on est quand même obligé de les soulager. J'ai un patient comme ça qui avait, quand j'étais en Pneumo à Aix, un énorme cancer bronchique sténosant l'œsophage et en fait il était totalement dans le déni enfin, je faisais tout ce que je pouvais pour le rassurer, parce que finalement il n'y avait plus que ça à faire. Il avait fait dans fausses routes sur son liquide de gavage, c'était une horreur. Et lui ne l'acceptait pas du tout, il ne se sentait pas du tout malade, il pensait qu'il pourrait remanger un steak alors qu'il faisait des fausses routes à l'eau. Et, c'était difficile car je n'avais pas ce feeling avec sa famille, je n'avais pas de feeling. Et en fait, t'es obligé d'être là : tu es là et entre guillemets, j'étais l'interne de son côté donc j'étais obligé de le soigner mais tu t'investis, tu t'investis, tu t'investis mais tu sens quand même que ça n'accroche pas. Mais tu dois être là pour.</p>
Marine	Ta difficulté était dans la communication avec lui et son entourage ?
N	<p>Oui, et ça majore la difficulté à traiter la douleur chronique autant psychologique, parce que là c'était une douleur très psychologique et physique en même temps. Et là, la communication, quand on n'a pas les mêmes échelles de valeurs, encore c'est des gens de même culture, français quoi, européen, culture judéo-chrétienne... Je n'imagine pas avec quelqu'un qui n'a pas du tout la même culture ou les mêmes croyances. Et là je pense qu'il peut y avoir un vrai fossé qui empêche du moins d'agir sur la part psychologique.</p>
Ch	<p>Ca pose la question de l'entourage, la difficulté à gérer l'entourage. Quand finalement, on pense que la douleur du patient, on pourrait s'en occuper entre guillemets, enfin arriver à un minimum, enfin à lui apporter la réponse qu'il souhaite. Et finalement c'est pollué par la famille qui est super stressée dès qu'elle a l'impression qu'il y a la moindre petite souffrance ou que ce n'est pas l'efficacité maximale. Du coup, on est plus à gérer finalement la famille que le</p>

	patient. On est obligé de décentrer l'attention et de gérer l'entourage et ça fait partie de la douleur surtout chez les patients cancéreux et en soins palliatifs.
Cl	Global quoi... Finalement on en revient à ça.
Ch	On en revient toujours la même chose, c'est global
Cl	Quand il a mal tout le temps, c'est dur pour la famille aussi. Quelqu'un qui se plaint tout le temps d'avoir mal, ce n'est pas dur que pour le patient, enfin, tout le monde souffre autour...ouais c'est vrai.
Ch	C'est le vécu.
Cl	Ouais.
Ch	Le vécu de la douleur par chacun, on est obligé de rester humble face à ça parce que finalement on ne fait pas grand-chose.
Cl	Faut accepter qu'on ne puisse peut-être pas traiter à 100 % une douleur. Peut être aussi que les patients acceptent qu'il y ait des douleurs qu'on n'arrive...
Ch	<i>Que la médecine ne permet pas...</i>
Cl	Voilà, on peut traiter sur une grande partie mais qu'un fond douloureux va rester et, il y aura des douleurs inexpliquées parce que peut-être qu'effectivement biochimiquement, on n'a pas toutes les réponses et puis qu'il y a cette partie subjective que des fois on ne comprend pas quoi. Enfin quelqu'un qui s'est fait une entorse de cheville, y'en a beaucoup qui se sont faits des entorses de cheville, on sait que ça fait mal mais voilà quand on voit des gens qui ne peuvent même pas poser le pied par terre alors qu'ils ont une petite...Voilà, il y a des choses qui nous échappent dans la douleur qui est trop subjective et je pense qu'il faut accepter que des fois on ne puisse pas gérer.
D	On a tendance à accaparer nos propos repères et à juger les gens en disant : « il en fait trop ».
Cl	Ouais.
D	Alors qu'il se peut qu'il ait vraiment besoin.
Cl	Est-ce qu'on est tous égaux face à la douleur ? Y'a un vieux truc qui dit que les hommes et les femmes n'ont pas le même nombre de récepteurs à la douleur et que c'est pour ça que les hommes ont facilement un peu plus mal que les femmes...-Rire-. Est-ce que c'est vrai ? Moi, je n'en sais rien.
D	Le jour où il y a une pastèque qui va me sortir du bassin, je pense que je vais chialer un bon moment.
	<i>-Rire général-</i>
Marine	Bon sinon, il y a deux questions dans notre question de thèse en fait, donc les difficultés que vous avez rencontrées mais aussi les propositions pour améliorer votre formation. Donc, vous en avez un petit peu parlé, quand vous évoquiez vos difficultés mais on peut peut-être essayer de revoir un petit peu, qu'est-ce que vous aimeriez avoir en plus dans votre formation ou qu'est-ce qu'on pourrait améliorer pour que vous vous sentiez plus à l'aise dans cette prise en charge ?
D	Je sais qu'ils nous ont proposé, à la journée de rentrée, je crois que ça va se faire la semaine prochaine, un séminaire sur les soins palliatifs et la douleur justement. Donc, ça à la base c'est parce qu'ils ont proposé et on a répondu en masse qu'on était intéressé donc ils vont nous faire un truc. Ça c'est relativement le bienvenu
Marine	C'est un séminaire facultatif ?
D, M	Oui.
D	C'est vrai que c'est pour ceux qui étaient intéressés et c'est vrai que proposer ça, il y a eu plein de mails pour dire, « je suis pour », « je suis pour ». Au final, ils ont dit bah voilà il y aura ce séminaire-là qui va être fait par le médecin responsable des soins palliatifs ici. Donc ça c'est plutôt cool. Et, c'est qu'avoir des cours. C'est ce que je disais, le truc qui est le plus commun à tous les stages qu'on peut avoir, c'est la douleur contrairement à pleins d'autres trucs. Je sais qu'on sera tous amené à devoir gérer des douleurs dans les stages et dès le premier stage. Donc c'est vrai que je pense qu'il y a un truc qui doit apparaître en premier c'est à quoi, c'est la gestion de la douleur, pas forcément chronique parce qu'effectivement ça peut être plus spécialisé entre guillemets la douleur chronique. Mais, déjà savoir gérer la douleur aiguë, ce sera déjà pas mal. Et, après enchaîner sur du chronique parce que de toute façon, on aura tous des patients à partir de 60-70 ans. Il ya déjà 3 patients sur 4 qui a ça en traitement de fond
Marine	Et, concrètement, qu'est-ce que tu voudrais qu'on fasse pour que tu... Qu'est-ce que tu voudrais comme cours ?
N	Moi, je trouve que comme on est beaucoup de médecins généralistes, ce serait bien un cours qui nous disent comment traiter la douleur finalement avec les moyens de la Médecine Générale. Enfin, par exemple, chez la personne qui a des difficultés à s'alimenter, par

	exemple, il y a beaucoup de gens qui souhaitent décéder à la maison et qui n'ont pas forcément envie d'aller à l'hôpital ou qui ont juste une douleur et qui ne veulent pas aller à l'hôpital et ils n'ont pas d'autres problèmes à côté, et ils ont d'autres problèmes et ne veulent pas faire tout le temps des stages à l'hôpital trois fois par mois. Après il y a l'HAD, ça on est d'accord. Après, il y a certaines situations, les personnes âgées, on ne les met pas tous en HAD et les médecins généralistes, ils les dépistent un peu pour se dire « qu'est-ce que je peux faire en plus de tout ce qui est un petit peu, on va dire per os, comment je peux essayer de faire, pour gérer une douleur à domicile ? »
Cl	Je suis plus partie sur des choses paramédicales, enfin je ne sais pas comment dire mais des méthodes alternatives. Enfin moi, j'ai découvert comme toi, un peu l'ostéo. Moi j'ai découvert la mésothérapie en SASPAS, j'avais vachement de mal mais il y a un médecin du cabinet qui fait ça et il avait des gens qui avaient des douleurs d'arthroses, des vieilles mamies qui étaient toutes déformées et elles ont fait deux séances de mésothérapie et plus mal pendant 8 semaines. Je ne sais pas, je me dis que ça peut quand même être intéressant plutôt que de la gaver d'antalgiques, AINS, trucs comme ça.
D	C'est sûr.
N	- <i>Acquiescement</i> -
Cl	C'est clairement des choses enfin moi la méso jusqu'à mon dernier stage d'internat, clairement, je ne savais ce que c'était – <i>Rire</i> - et même là je ne sais pas exactement. Je sais en gros qu'on fait des petites injections avec un peu d'anti-inflammatoire, un peu d'antalgique, et un peu d'anesthésiant. C'est des micros, microdoses et - <i>Acquiescement N</i> - ça peut soulager. Clairement, on ne peut pas faire du mal à nos patients en leur faisant faire ça mais après il n'y a rien de démontré, ce sont des méthodes qui ne sont pas scientifiquement prouvées mais quand on est dans l'impasse thérapeutique, pourquoi ne pas proposer ça ? Faut être un peu ouvert.
Ch	Ca ne va pas ruiner la Sécurité Sociale.
D	Si ça marche pour certains.
N	Le bénéfice par rapport au risque est peut être bien supérieur.
Cl	Bien sûr.
Cl	Après je n'aurais peut-être pas le même discours sur l'ostéopathie du rachis cervical, <i>mais</i> – <i>Rire</i> - après il faut adapter. Ce serait plus une formation qu'il faut faire venir des kinés, des ostéos, faire venir des gens qui pratiquent la mésothérapie, des acupuncteurs mais qu'on nous explique un peu d'autres choses que le médicament qu'on apprend depuis des années et qui a ses limites chez ces patients-là. Une psychologue parce que on n'est pas bon clairement. On sort au bout de 10 ans d'études et on comprend quand on passe chez le médecin généraliste que voilà, il y a une part psy de notre métier que l'on n'a pas appris. On apprend sur le tas, c'est sûr on apprend beaucoup sur le tas mais...
N	La manière aussi d'amener les choses, surtout dans tout ce qui est addictions, alcoologie, faire prendre conscience au patient que finalement, il boit peut être parce qu'il est en détresse au fond de lui parce qu'il y en a qui ne l'avouent pas. Moi, j'ai été spectatrice d'une consultation, c'était un patient qui avait des symptômes très très bizarres et c'était trop marrant, il dit : « je souffre » mais avec l'attitude allongée sur une chaise comme ça -elle montre une attitude détendue- Je souffre alors que la souffrance pour moi c'est la personne est prostrée quand-même et là... Alors on n'a jamais rien trouvé à ce patient. On s'est demandé si finalement il n'avait pas un profil peut être un petit peu psy... Enfin des troubles psy, en fait, pourtant il avait une apparence plutôt normale, euh un habillement normal... Euh il présentait bien mais on a des IRM cérébrales, on a tout fait et on a jamais rien trouvé. Et, c'est vrai qu'il nous trouvait tout le temps plein de symptômes diffus dans tous les sens et, mon prat était subjugué comment en fait il pouvait amener les choses... Il faisait des crises d'angoisse dessus tous ces symptômes un peu diffus. Du coup, il lui a fait dire en gros que l'anxiété rajoutait ces symptômes, ça augmentait encore plus ses symptômes, il a monté ça d'une manière que le patient a reconnu que ses symptômes étaient augmentés par son anxiété, alors qu'à la base ce n'était pas facile comme consultation. Il a retourné la situation mais très très simplement, très posément. Et j'étais bluffée du travail qu'il a fait et je me suis dit, bon il a 30 ans d'exercice mais ça ne s'apprend pas dans les bouquins, comme tu dis. Et l'art de la communication, et d'amener les patients là où tu veux, les amener parfois pour eux-mêmes, pour leur rendre service, parfois c'est quelque chose qui ne s'apprend pas dans les livres.
Marine	Et du coup sur le plan pratique, est-ce que tu penses que dans la formation, ça a sa place ?
N	- <i>Hésitation, soupir</i> -

	Après comment être formé...faire quelques journées avec des gens qui savent parler, qui ont un sens de la communication assez poussé, qui ont réfléchi à ça. Alors après, il n'y a pas forcément de spécialités, c'est un apprentissage.
Ch	Peut-être passer au centre antidouleur ou je ne sais pas...au cours de notre stage chez le prat.
N	Oui, peut-être.
Ch	Même si c'est des consultations sûrement particulières, ça donne au moins une expérience...
N	Peut-être bien.
Ch	...de comment ils font eux, et comment on peut faire du coup, avec des gens qui ont l'habitude, quoi.
D	Moi, je pense qu'il y a une part de travail personnel à faire. - <i>Acquiescement M</i> -Quand tu as un patient dont tu t'occupes, dans lequel forcément t'es plus investi dont tu connais l'histoire, parce qu'on a et qu'on aura forcément des patients qui vont nécessiter le passage des médecins du centre de la douleur, de vraiment prendre le temps de suivre la consult, prendre le temps avec la personne si elle le souhaite aussi, enfin le médecin responsable de vraiment poser les choses. Et dire voilà pour ce patient-là, on va essayer de faire ça parce que je pense ça marquera plus la prise en charge d'un patient dans lequel on s'est investi. Peut-être suivre une demi journée, les consultations d'un médecin de la douleur, on va un peu tout confondre alors que si à chaque fois si on fait l'effort à chaque patient qui en a besoin d'essayer de comprendre ce qui va être fait, c'est le meilleur moyen après de s'en souvenir. On est un cerveau limbique qui fait le travail : ah bah lui je me rappelle, on avait fait ça, ça et ça, et pourquoi est-ce qu'on l'avait fait. Donc je pense qu'il y a aussi une part de travail personnel qui n'empêche pas que par ailleurs, ils nous fassent des séminaires ou des trucs comme ça de gestion de la douleur, du douloureux chronique etc. Quelque chose de très théorique qui aura le mérite de se faire appliquer après sur des cas concrets qu'on aura nous, qu'on pourra peaufiner pour s'approcher un peu après sur quelque chose de correct. Je pense aussi qu'il ne faut pas se leurrer, qu'il faut se bouger un peu là-dessus et pas se cantonner. Mais, je pense qu'on ne peut pas tous les jours se permettre de prendre $\frac{3}{4}$ d'heures pour suivre la consult du médecin de la douleur et après regarder les prescriptions et dire « ah d'accord, on fait ça etc. ». Donc un séminaire serait de bon ton enfin pour commencer en tout cas.
N	Après bon ce n'est pas par rapport à l'enseignement mais souvent les médecins de la douleur sont souvent, je crois, des anesthésistes...Y'en a pas mal quand même.
Ch	Ca dépend
Cl	Des généralistes, des neurologues.
N	Et, y'a des formations spéciales ou pas ?
Ch	Je pense qu'ils se forment surtout sur le tas. Après, je pense l'expérience. Ils connaissent bien les classes.
Cl	Il doit bien y avoir un DU ou quelque chose comme ça...- <i>Rire</i> ...je pense.
Ch	DU de la douleur ouais sûrement.
N	Peut-être qu'il y ait une plus grande formation des médecins de la douleur. Etant donné que c'est quelque chose qu'on rencontre tous et qu'on rencontre tous des difficultés avec. Finalement s'il y avait plus d'entre nous en tout cas, peut-être qu'il n'y a pas assez de « pub ».
Cl	Après si on est mieux formé, enfin si on a plus de billes pour orienter...Parce qu'adresser un patient au centre de la douleur quand on est en ville, c'est très difficile...grosse blague.
N	Ah oui oui oui.
Cl	Y'a un dossier de je ne sais pas combien de pages à remplir. Il faut que ça passe à X commissions avant que ce soit enfin accepté, enfin le patient il a RDV 3 mois après qu'on ait fait le dossier.
N	Ouais.
CL	Après, si on a plus d'intervenants avec qui on peut correspondre, comme on disait, des autres professions etc., peut-être que ça peut essayer de shunter le centre de la douleur parce que c'est sûr c'est une source d'information hyper riche mais après...tous les patients en ville peuvent pas...Je ne sais quelle est la proportion de patients chroniques en ville dans une patientèle, enfin de douloureux chroniques, je ne sais pas ce que c'est, mais ça doit être important. - <i>Rire</i> -
N	Après c'est des centres de la douleur hospitaliers mais, on ne devrait peut-être pas faire un centre de la douleur en ville enfin pas en ville mais...
Ch	Bah après c'est le centre de la douleur.
N	Après étant donné qu'on a du mal à les adresser.
Ch	Ah oui. Oui mais ça ça dépasse le cadre de...
Cl	De l'équipe de la douleur, c'est une grosse équipe quoi.
Marine	Donc, toi par rapport à ta formation, tu veux dire de mieux connaître les réseaux.



Cl	Ouais voilà, c'est essayer de sortir de la médecine pure et dure et du médicament, des choses qu'on apprend depuis qu'on est en P2 et P1 et élargir nos possibilités thérapeutiques pour...
M	Plus de vécu, de témoignages.
Cl	Ouais ou même...une meilleure connaissance du réseau qu'on peut avoir. Notre expérience on se la fait sur le terrain, c'est toujours pareil ...
N	Mmmh
Marine	Et les témoignages tu voudrais les obtenir comment alors ?
M	Au lieu d'avoir des cours avec des profs de CHU, on pourrait avoir un psychologue...
Cl	<i>-Acquiescement-</i>
M	Un ostéopathe, un mésothérapeute, un homéopathe.
Cl	Au moins on sait ce que c'est. Quand les patients nous en parlent, on apprend aussi vachement des patients. Des fois, les patients te sortent des trucs, on dit « ça existe ça, c'est quoi ? ». Un aroma-naturopathe, un machin, enfin moi je ne sais pas ce qu'ils font ces gens-là. Alors, je pense qu'il y en a beaucoup ce n'est pas bien d'adresser nos patients à les voir mais il y en a d'autres qui peuvent quand même être utiles.
Ch	Un séminaire sur la douleur avec une partie sur la prise en charge paramédicale enfin je ne sais pas comment appeler ça mais avec des interventions...
Cl	Médecine parallèle...chinoise enfin n'importe quoi.
Ch	Justement, les possibilités et savoir en gros ce que c'est puis pour savoir qu'on peut le proposer.
N	<i>-Acquiescement -</i>
Ch	L'inclure...
Cl	Même qu'il n'y a pas de bases scientifiquement, mais ils peuvent avoir une autocritique.
Ch	On ne sait pas comment ça marche mais...
N	C'est vrai que c'est quelque chose que le DMG -Froncement de sourcils M.- pourrait faire parce que j'ai l'impression que le DMG vraiment dans le sens de former des médecins généralistes. C'est vraiment enfin finalement ils sont très motivés et ce serait pas mal que dans le séminaire comme dans les autres séminaires, avec les médecines parallèles utilisées en Médecine Générale.
Ch	Reconnues comme pouvant marcher.
N	Parce que finalement ça fait partie de leurs pratiques et...chaque médecin du DMG qui est médecin de la faculté, l'utilise.
Ch	Ouais.
N	Tout le monde l'utilise quasiment, la kiné, l'ostéo...tout le monde l'utilise et c'est dommage, ils essaient de nous apprendre pleins de trucs (la traumato en DPC..) et en même temps c'est vrai qu'ils pourraient inclure un séminaire là-dessus. Que ce soit obligatoire
D	Je pense que, au-delà d'être reconnu, je pense que c'est tabou.
Cl	Ouais.
D	T'envoies pas quelqu'un chez un magnétiseur. Lui je ne savais pas quoi faire, je l'ai envoyé chez un magnétiseur, ça fait un peu je ne sais plus et du coup je pense que c'est difficile dans le cadre d'une formation du DMG. Le mec qui dit : « je fais faire un séminaire avec les médecines parallèles, ». Faire passer ça, va falloir négocier un petit peu, même si je pense que c'est une très bonne idée que ce soit médecine chinoise, ostéopathie, magnétiseur, acupuncteur, c'est ...
Ch	C'est l'ego.
Cl	Après c'est voir la réalité de la médecine, en Médecine Générale, les patients ils y vont.
D	Oui, c'est ça.
Ch	Ca ne fait pas avancer les gens de leur dire, ce n'est pas bien d'y aller, il n'y a rien de démontré de toute façon, ils vont y aller.
N	Vaut mieux savoir pourquoi ils veulent y aller et qu'est-ce qu'ils veulent faire.
Ch	Ils cherchent.
N	Franchement, naturopathe, je ne sais pas ce que c'est...
Cl	Ca ne m'intéresse pas bien. Autant savoir ce que fait un acupuncteur...voilà.
Ch	Il y en a qui sont plus ou moins reconnu, les acupuncteurs bon c'est un peu plus reconnu que magnétiseur.
Cl	Oui mais le magnétiseur qui t'enlève tes brûlures, t'es quand même content.
D	Ca c'est le coupeur de feu.
Cl	Oui, y'a le coupeur de feu aussi, le magnétiseur il fait d'autres trucs... ils font pleins de trucs...
N	Mais voilà, les coupeurs de feu, ils ne sont pas entre guillemets reconnus mais le service des brûlés qu'est ce qu'il fait, il appelle le coupeur de feu.
Ch	Mmmh

N	A chaque fois, qu'il y a un patient qui arrive qui est brûlé, personne n'y croit mais je pense que l'infirmière qui est de garde ce soir-là, elle appelle le coupeur de feu. Il va faire sa prière et puis bah le patient ça va l'aider à diminuer sa douleur. Qu'on y croit ou pas, moi c'est arrivé dans ma famille. Ma sœur s'est brûlée à l'âge de un an, je n'étais pas né mais elle a mis les mains dans le four chaud, elle était à côté du four. Et en fait, elle a mis ses deux paumes donc elle était quand même brûlée, à l'âge d'un an avec une peau super fine, la mère de sa nourrice coupait le feu. Elle a coupé le feu, une minute après ma sœur ne pleurait plus, elle n'a plus pleuré de ses brûlures pourtant un enfant de un an n'est pas raisonnable sur ses douleurs puisqu'il communique par la douleur enfin par les cris, le geignement, quelques paroles. Là tu te dis, que tu n'expliques pas des choses. Et...
Cl	Après s'informer sur ce que c'est, en quoi ça consiste.
N	Voilà.
Cl	On a quand même plus appris, plus d'impact sur le patient quand il va nous parler d'un truc complètement farfelu. On va pouvoir lui dire, non ça je ne suis pas d'accord. Si vous voulez essayer une médecine parallèle, moi je vous conseille autres choses que de la médecine occidentale classique, euh enfin faut s'ouvrir l'esprit.
M	Après, je voulais juste rebondir sur ce qu'a dit D. Pourquoi l'imposer ? En même temps, on est grand, on est à bac + 7, 8 ou 9, on peut par notre simple curiosité aller voir ce qu'il se fait ailleurs.
Ch, Cl	Oui oui
M	Ce qui peut être passionnant.
Cl	Après c'est juste qu'on parle...
	Oui excusez moi.
Cl	Après c'est sûr, on peut tout faire mais bon.
Ch	Oui...
Ch	Sinon, au niveau soins palliatifs, je trouve qu'on n'est pas très bien formé.
Cl	Ah non, ça c'est sûr.
Ch	Je ne sais pas si le palliatif c'est vraiment le sujet de la douleur chronique mais globalement les classes de morphiniques avec les différences de durée d'action, lesquelles sont plutôt à réserver dans les douleurs paroxystiques, les cancéreux ou les douleurs...voilà tout ça. Globalement, on apprend vraiment sur le tas, on n'a vraiment aucune formation des rotations d'opioïdes, tout ça. Ce sont quand même des choses hyper importantes à connaître pour un Généraliste qui veut bien prendre en charge un patient cancéreux en fin de vie et, voilà. Après les prescriptions d'Hypnovel® tout ça, c'est peut-être plus la douleur chronique mais vraiment la fin de vie. Mais connaître les différentes classes, comment ça se prescrit, comment ça se change, enfin voilà, on n'est pas du tout formé.
N	Ouais.
Ch	Vraiment quand on est face à un patient comme ça, moi j'ai l'impression que j'arrive, que je fais ma petite cuisine, et...
N	Tu prends ton Doroz, ton Vidal et...
Ch	Ouais, ce n'est pas très solide comme....
N	Ouais, et puis c'est pas des situations qu'on rencontre tous les jours enfin en tout cas en Médecine Générale.
Ch	On peut être amené quand même assez souvent.
N	Ouais, assez souvent mais ce que je veux dire c'est que ce n'est pas ton quotidien non plus. Du coup, ça t'arrive.
Cl	Des fois c'est la loi des séries et ça t'arrive tous les jours.
N	Et là du coup, ça va te marquer et tu vas prendre plus d'aisance mais après il y a des fois où c'est une fois tous les deux mois.
Cl	Tout dépend.
N	Ou une fois par mois et au début... Et, si on n'a pas de souplesse, on n'a pas d'aisance, finalement, c'est quand même le patient qui subit parce qu'on pourrait avoir plus d'aisance.
Ch	Une formation soins palliatifs.
Cl	Hmm. Toute simple finalement, ça aide.
Ch	Bref, faut que ce soit fait parce que si c'est un DEA philosophique sur l'euthanasie où c'est très intéressant mais...
N	Voilà c'est ça.
ch	C'est très intéressant, ça fait réfléchir mais dans la pratique.
M	Je crois que ce soit ça. Quelque chose de très pratique.
Cl	Ca c'est bien.

N	Qu'on nous aide pas à prendre les décisions mais si au moins, techniquement, on est à peu près mieux préparé dans ce que l'on peut administrer. Après on aura toujours le doute de : « j'administre ou je n'administre pas » « est ce que réellement le moment ? », bah ça c'est à nous de faire la part des choses. Mais si techniquement, on peut être un peu aidé.
Ch	On n'est pas très préparé à ça et pourtant c'est de la médecine pure...enfin que des médicaments...pharmaco .
Marine	Ok, vous voulez rajouter des choses ?
	<i>-Silence-</i>
Marine	C'est bon...bon bah merci beaucoup.

## ANNEXE 3

Stéphanie	On vous a proposé de vous réunir pour discuter de la prise en charge des patients douloureux chroniques. On a quand même notion que la prise en charge n'est pas toujours évidente pour les internes en tout cas et que l'on peut être en difficulté pour différentes raisons: c'est cela que l'on veut mettre en évidence. Il n'y a pas de hors sujet. Tout ce que vous direz est intéressant. On n'attend rien de vous. La discussion est enregistrée et reste évidemment anonyme. On considère que l'on a votre accord pour les retranscriptions écrites. Donc, nous allons commencer par un tour de table, on va vous demander de vous présenter et ce que vous faites actuellement.
Y	Je suis Y., je viens de finir mon internat et je fais des remplacements en libéral.
A	Je suis en stage en endocrinologie.
Cl	Je suis C ..., je suis en stage en HAD.
Cé	Je suis en stage en Gériatrie, département Unité Cognitivo-Comportementale.
Ca	Je suis en Infectiologie.
Stéphanie	Pour rappeler le thème précis de la discussion, je vais vous redire la question de la thèse qui est celle-ci : quelles sont les difficultés rencontrées par les internes de Médecine Générale dans la prise en charge des patients douloureux chroniques et leurs attentes concernant leur formation initiale ? Est-ce que quelqu'un veut commencer, s'il a notion ou se rappelle d'une situation qui était difficile pour X raisons dans la prise en charge d'un patient douloureux chronique ?
A	Moi, j'en ai une. J'étais en stage chez le praticien avec une patiente jeune, 25 ans, qui avait un lourd bagage psychiatrique et qui était douloureuse chronique au niveau du rachis notamment du rachis cervical avec aucun substrat anatomique. IRM, scanner tout normal. Mais, elle était inexaminable et, à peine on effleurait que c'était des cris, des pleurs. C'était catastrophique, et on était vraiment en échec thérapeutique. Ma prat' m'avait laissée la voir toute seule la première fois donc consultation totalement débandade. Je me suis laissée débordée dans tous les sens, c'était affreux. Et puis, je ne savais pas quoi faire du tout. Et après elle m'a envoyée en visite chez cette dame, la même et donc on en était arrivé à mettre de la morphine mais avec une efficacité quasi nulle et une consultation douleur prévue dans trois mois .Et voilà, qu'est-ce que l'on fait en Médecine Générale en visite à domicile, seule avec cette dame, en deuxième semestre?
Stéphanie	C'était quoi que tu avais identifié comme difficulté du coup à ce moment-là ?
A.	C'était surtout au niveau thérapeutique. Comment aider cette dame, parce qu'elle était clairement en souffrance physique, pas que, mais il y avait de la souffrance physique que l'on apprend à traiter avec des médicaments et que je ne savais plus quoi mettre comme médicaments. Et je savais qu'il fallait autre chose et c'était une prise en charge un petit peu plus tard à envisager. Mais, là, qu'est-ce je pouvais faire pendant cette consultation pour l'aider, je ne voyais pas. C'était compliqué.
Cl	Et elle avait essayé d'autres traitements médicaux, des médecines douces? Est-ce qu'il y a eu de l'acupuncture, d'autres choses ?
A	A cause de son bagage psychiatrique, elle était très réfractaire à l'aspect psychologique de la douleur chronique et donc vraiment pas du tout ouverte à la discussion pour une prise en charge psychologique, sophrologique, acupuncture tout ça. Elle n'y croyait pas du tout. Elle disait qu'elle avait quelque chose et qu'il fallait qu'on la soigne. Elle était très revendicatrice et du coup, tout ce que l'on pouvait éventuellement proposer restait sans suite. Donc, elle était sous Morphine et c'était l'escalade des morphiniques.
Cé	Et, elle l'a pris comment de te voir arriver toi en tant qu'interne à domicile ? Elle savait que tu allais venir toute seule ?
A	Elle le savait. C'était une patiente qui était très manipulatrice donc je pense qu'elle était contente parce que la première consultation, elle m'avait complètement manipulée dans le sens qu'elle voulait. Et, du coup, elle était contente de me voir. Alors, ça s'est passé différemment la deuxième consultation, je ne me suis pas laissée complètement baiser comme la première, j'ai joué le rôle du Docteur comme j'ai pu. Mais, le fait que ce soit l'interne et pas son médecin, ça ne l'a pas plus gêné que ça parce que je pense qu'elle en tirait un bénéfice secondaire.
Stéphanie	Ca fait écho à quelqu'un cette situation de se faire déborder par des patients douloureux chroniques?

Ca	Bah moi, j'avais eu une dame, pareil chez le praticien, de 35 ans, qui avait des céphalées chroniques. Ca faisait trois mois, et tout le bilan somatique avait été fait. Elle avait même été hospitalisée en Neurologie pour ses céphalées. Elle avait eu Scanner, IRM jusqu'à la ponction lombaire. Finalement, ils l'avaient laissée sortir sous Laroxyl® qui n'était pas du tout efficace. Et, elle revenait nous voir régulièrement en consultation en disant qu'elle avait mal, que rien n'y faisait, qu'elle se bourrait d'Effergal codeiné®, que le Laroxyl® ne faisait pas effet. Sur le plan psychologique, elle nous disait que ça allait, qu'elle n'avait pas de problème : son mariage c'était génial, ses enfants étaient formidables, que son boulot était parfait. On n'arrivait vraiment pas à identifier la cause de ses céphalées, on n'arrivait pas à la soulager. Elle était persuadée d'avoir quelque chose parce que ce n'était pas possible qu'elle ait si mal sans rien avoir d'anatomique. On était vraiment en échec par rapport à elle, parce que tout ce qu'on lui prescrivait, des antalgiques conventionnels aux non conventionnels (ce que j'appelle non conventionnel c'est tout ce qui est Laroxyl®, Tricycliques, tout ça), rien ne marchait. On était complètement en échec face à elle. Alors on a commencé à essayer d'aborder le problème du psychologique mais elle était complètement réfractaire en nous disant que non, tout allait très bien dans sa vie et que c'était forcément quelque chose de somatique. Et, c'est vrai qu'on sent vraiment chez ces patients qu'il y a quelque chose. On met facilement l'étiquette : bon il y a un problème psychologique, psychosomatique derrière ça mais on n'arrive pas à faire adhérer le patient à ça. Tout de suite, ils se braquent, en disant : « mais non, je ne suis pas folle, ce n'est pas dans ma tête, je le ressens vraiment, c'est vraiment de la douleur ». Mais on est vraiment en échec. Comme dit A., c'est l'escalade thérapeutique. Les patients se bouffent de l'Acupan®, de l'Effergal codeiné®, sans que ça les soulage.
Stéphanie	Et tu disais que c'est difficile de ne pas identifier une cause, cela te mettait en difficulté ?
Ca	Disons, je savais qu'il n'y avait pas de cause anatomique, mais je n'arrivais pas à le faire entendre à la patiente, qu'il n'y avait pas de cause somatique. Tous ses examens étaient normaux donc c'est qu'elle n'avait rien sur le plan anatomique et j'avais du mal à lui faire passer le message. J'avais peur qu'elle se sente jugée.
Y	Pour le faire passer, il faut insister que même s'il n'y a pas de cause anatomique, il y a une douleur et je pense que ce qui est important c'est de ne jamais mettre en cause la douleur. Toujours leur dire, c'est que tu sais que la douleur est là, que ce n'est pas une douleur dans la tête. Elle a vraiment mal. Et c'est à partir de là qu'on peut commencer à créer le lien qui va permettre le suivi derrière. Tu vas trouver les choses qui coïncent.
Ca	-Acquiescement - C'est difficile, on a toujours peur que les patients pensent que l'on ne les prend pas au sérieux. On leur dit : « regardez, votre IRM est normale, votre scanner est normal, la ponction lombaire est normale, je sais que vous avez mal mais regardez vos examens sont normaux ».
Y	Mais, si tu passes une demi-heure, trois quarts d'heure avec lui, il sait que tu t'en fous pas.
Ca	C'est peut-être un ressenti et j'ai peur qu'elle pense que je ne la crois pas. -Acquiescement-
Y	C'est souvent face à toi que ça te met plus en échec. « vous n'arrivez à trouver ce qui ne va pas docteur, alors ? ».
Ca	Ca nous met en difficulté en tant que médecin, surtout en tant que jeune médecin, surtout parce qu'on a l'impression de ne pas avoir la crédibilité suffisante face à ces patients qui du coup errent de neurologues en neurologues, en hospitalisation, qui consultent plein de fois aux urgences. On les voit arriver aux urgences ces gens : « ça fait quatre mois que j'ai mal à la tête, et mon médecin généraliste ne trouve rien ». C'est vrai que c'est frustrant. On est frustré par rapport à ces patients.
Marine	Et tu penses que c'est sur la communication qu'il y a un souci ?
Ca	Oui, je pense qu'il y a quelque chose qu'on n'arrive pas à appréhender chez ces patients. On sait qu'il y a quelque chose mais on n'arrive pas à savoir quoi, on n'arrive pas à les accrocher sur un sujet. Parce qu'on sait très bien que ces douleurs sont réelles mais sont probablement expliquées par ce que l'on appelle bêtement le psychosomatique. Je suis persuadée qu'ils ont mal mais il y a peut-être une cause psychique derrière et la frustration d'avoir l'impression de ne pas arriver à les accrocher. Quand cette dame te dit que sa vie est parfaite, que tout va bien. Un jour je l'ai regardé en rigolant : « c'est super vous avez une vie parfaite mais personne n'a une vie parfaite, que vous disiez ça que vous n'avez pas de problème dans la vie, c'est rare que les gens disent ça ». Je lui avais lancé cette perche en me disant que peut-être j'allais réussir à accrocher quelque chose. Pourtant j'essaye, je lui lance des perches, elle ne les rattrape pas. C'est difficile. Oui, c'est peut-être la communication.
Y	C'est important d'être nombreux, enfin d'être à plusieurs. A un moment, ça va accrocher avec quelqu'un. C'est un peu dur à gérer.

Stéphanie	Je ne sais pas si vous aussi avez eu ce sentiment de frustration ?
Cl	Bah moi, c'est un peu différent parce que du coup c'est vrai que je suis dans un stage où les patients sont à domicile. Ce sont des patients chroniques avec des pathologies lourdes et souvent, il y a un substrat anatomique, il y a beaucoup de cancéreux avec des métastases, qui ont des douleurs depuis des années avec des traitements morphiniques. Je sais que le plus gros souci que j'ai, c'est tout ce qui est fausses croyances autour des morphiniques. C'est un souci mais c'est pareil, c'est un problème de communication je pense. On ne prend pas le temps de leur expliquer.
Ca	C'est la peur de mettre trop de morphiniques
Cl	D'en mettre trop ou le peur de ne pas en mettre assez. Et puis les effets secondaires, souvent ils ont des métastases cérébrales, et ils se disent : « j'ai peur d'être désorienté, fatigué, et c'est à cause de la morphine », donc la morphine est responsable de beaucoup de choses alors que finalement, la plupart essaie finalement un jour ou l'autre d'arrêter cette morphine, ils se rendent compte, qu'ils ont plus mal que s'ils l'avaient. C'est vrai que c'est un gros travail de communication à la maison. Il faut leur expliquer leur traitement, pourquoi ils ont ce traitement, d'effacer les craintes pour augmenter les morphiniques. Et, c'est vrai que c'est des grands entretiens et souvent, on va les voir à domicile et c'est vrai, que l'on est chez eux, ils sont dans leur milieu. Et, j'ai l'impression que le discours passe mieux en consultation, qu'à l'hôpital.
Ca	Parce que tu n'es pas derrière un bureau, tu n'as pas la distance.
Cl	C'est ça. On est assis dans le lit avec, ou il y a la famille à côté. Et, c'est intéressant et je trouve que ce n'est pas facile non plus parce qu'on a un jeune âge. Il faut leur expliquer qu'ils vont mourir avec leurs morphiniques, et qu'ils ne pourront certainement jamais s'en passer et qu'à côté de ça, ça ne les guérira pas pour autant. Donc c'est vrai que c'est... un autre... enfin une autre situation... délicate quoi.
Y	Bah moi j'ai bossé six mois en douleurs chroniques, en rhumato, et ... le nombre de gars qui était dépendant à la morphine et qui ne leur portait aucun intérêt et, qui avait des doses ...pfff ! à plus de 600 mg Skénan® jour, quoi et puis depuis 10 ans et euh...on arrivait à les sevrer en 15 jours,un1= mois des fois et après, leur vie changeait . Ils avaient moins mal, ils avaient, et puis ils étaient quand même beaucoup moins dans le pâté, enfin... Et puis en plus, y'a toutes les hyperalgésies aux morphiniques qui sont quand même assez importantes, rien que le Tramadol® ou la Codéine® tout ça, y'en a beaucoup quand on arrive à les arrêter... les douleurs disparaissent et euh... c'est impressionnant, et puis les gars ils retrouvent la pêche, enfin ils sont... ils disent que...
Ca	Ca c'est un côté que je ne connais pas les hyperalgies sous euh, sous morphine...
Y	Sous antalgiques ouais, y'a les céphalées aussi comme ça et euh...
Ca	Ouais les intoxications au paracétamol, enfin ça j'avais entendu parler...
Y	Les intox au ?...
Ca	Enfin, les intox, les gens qui prennent beaucoup de paracétamol, ça entretient leur...
Y	C'est ça ouais...
Ca	Ca donne des douleurs, je savais pas que pour les autres euh... antalgiques ça existait?
Y	Ça existe vachement pour le Tramadol®, et puis après pour les morphiniques y'a des goûts qui se créent comme ça.
Stéphanie	Et par rapport à ça, vous..., tout ça vous arrivez à... enfin je ne sais pas, vous étiez en difficulté par rapport à tout ça, d'explications sur ces fausses croyances, sur ces peurs de dépendance, vous, en tant qu'internes ?
	-Silence-
Cé	Bah c'est vrai que c'est pas facile, du haut de nos... 25 ans et quelques, de voir une personne, qui est souvent âgée, qui a 80 ans, et de lui dire « Non ! Je sais ! Je sais que vous... ne serez pas dépendants. Prenez bien comme on vous le dit, ça ira y'aura pas de soucis... » C'est dur d'avoir cet aplomb, de dire bah moi je connais des choses que vous...vous ne connaissez pas. Ça m'a posé des problèmes les premières fois... enfin bon après c'est comme tout, à force de faire, on s'habitue mais... c'est vrai que les premières fois, les premiers semestres d'internat étaient pas faciles.
Cl	Oui, parce que l'on ne connaissait pas non plus... enfin! On connaît le traitement sur le papier... les effets indésirables on les connaît, mais finalement la réaction des gens, l'effet vraiment que cela procure, cliniquement, je pense qu'on s'en rend compte vraiment qu'au contact des patients...
Ca	Hum ouais
	-Rire général-
Y	Mais c'est vrai que, ce n'est pas évident...

A	Le statut de l'interne n'aide pas aussi je trouve, parce que souvent c'est des patients qui ont un médecin référent, qu'ils connaissent bien, le médecin les connaît bien, et... y'a cette relation que, nous en tant qu'internes, on a du mal à créer, parce que on est là ponctuellement, parce que soit on les voit en hospitalisation, et que du coup c'est pas nous le médecin référent, on a pas le statut qui permet d'avoir la crédibilité de leur médecin référent, ou leur médecin traitant qui est le médecin de la famille. Et en stage chez le praticien on arrive ponctuellement, on est là un jour par semaine, c'est difficile du coup de ... créer ce lien. Pour ces patients là, je me dis que, peut être plus tard ça ira mieux, mais en tant qu'interne c'est encore vachement difficile du fait de notre statut... un peu intérimaire quoi
Ca	Hm, hm...
Cl	Mais à côté de ça, c'est un regard nouveau, c'est... une oreille nouvelle...
A	Hm, hm...
Cl	Et souvent, euh... enfin moi je vois en HAD des fois, ils se livrent, alors qu'ils ne se sont pas livrés avec le médecin qui les suit depuis des années. Et ils nous demandent aussi, d'essayer autre chose, ils t'avouent des recherches internet. Et, c'est vrai que : est-ce que c'est parce qu'on est plus jeune qu'ils se disent « et bah je ne la reverrai pas », enfin c'est intéressant aussi de ce côté-là. Et puis répondre, enfin surtout en ce qui concerne les recherches internet, je sais que je suis toujours un peu en difficulté de me dire, et bien, parce qu'on y trouve de tout, le bon comme le plus mauvais. Mais c'est vrai que c'est pas évident de... C'est vrai que c'est quand même des arguments qui sont vrais, tous les effets indésirables, ils les ont... « Qu'est ce que l'on peut me proposer ? » Mais bon après, je sais que l'on a pas mal aussi de prise en charge psychologique et ça c'est vrai que c'est... On a une psychologue qui s'occupe de ça, et je trouve que c'est intéressant des fois de la suivre. Parce que pour le coup, ils ont une pathologie sur leur douleur, donc peut-être que la prise en charge psychologique passe mieux aussi.
Ca	Est-ce que c'est plus accepté peut-être d'avoir un soutien ?
Cl	Peut-être...
Ca	...Psychologique quand on a une maladie chronique... somatique ?
Cl	Peut-être ouais
	-Silence-
Stéphanie	Tout à l'heure tu parlais des difficultés des patients cancéreux, qui avaient des douleurs chroniques sur des métastases, qui avaient des choses particulières auxquelles tu pensais ?
Cl	Sur leur traitement ?
Stéphanie	D'une manière générale, enfin tu disais que c'est particulier...
Cl	C'est particulier parce que c'est des choses qu'on n'enlèvera pas, enfin souvent les métastases elles sont là, elles seront là jusqu'au bout. Donc c'est vrai que c'est des soins de confort donc c'est, des fois on a tout essayé enfin... la morphine était au maximum, donc on joue un peu sur la prise en charge psychologique, comment gérer sa douleur, comment on la vit, comment vivre avec, parce que des fois on n'arrive pas à soulager complètement. Donc c'est vrai que c'est souvent des sujets qu'on aborde... Enfin moi je sais que j'aborde souvent le sujet, « bah... oui vous avez mal, on va essayer de vous soulager, mais il faut vous faire aussi aider à côté pour vous soulager de ces douleurs ». Donc c'est surtout les traitements antalgiques qui fonctionnent... partiellement on va dire, parce qu'on ne peut pas dire qu'ils ne fonctionnent pas parce qu'ils les gardent. Partiellement, c'est tout ce qui est soins de confort...
Cé	Et puis ces personnes, elles ont quand même l'épée de Damoclès sur leur tête, on est là pour les rendre confortable, mais pas pour les soigner, par exemple la dame qui a des céphalées, son but c'est quand même de... de plus avoir mal à la tête, alors que là on sait que c'est diminuer les douleurs jusqu'à ... jusqu'à la fin. Donc y'a ça qui rentre en compte aussi dans ce genre de pathologie.
	- Silence-
Stéphanie	Vous aviez d'autres choses à dire sur ça, sur les patients qui ont des douleurs chroniques sur des cancers, des métastases ? Toi Y., t'as eu des situations plus difficiles ?
Y	Moi, je trouve que c'est plus facile quelque part, enfin t'as une cause, t'as une thérapeutique, enfin après c'est plus de la cuisine, enfin après c'est l'accompagnement qui demande du travail, mais après...
Stéphanie	Tu as l'impression que c'est plus simple que le patient psychosomatique dont parlait Ca. par exemple ?
Y	Ou fibromyalgique qui va bien et qu'on ne comprend pas qu'il a mal.
Ca	Parce qu'on peut pointer la douleur.

Y	La pris en charge est, on va dire, plus compliquée.
Stéphanie	Parce que tu dis que tu ne comprends pas, lorsque tu dis par exemple le fibromyalgique ?
Y	Euh, non, enfin je ne peux pas dire c'est sa tumeur qui lui fait mal. Bon tu peux dire que c'est sa fibromyalgie qui fait mal quelque part, enfin c'est sa douleur qui lui fait mal, mais après...
Ca	C'est difficile à appréhender du coup. On ne peut pas le justifier au patient. S'il a des métastases osseuses, on peut lui dire que ce sont ses métastases osseuses qui sont là et qui vous fait mal. Là, on peut traiter parce que l'on sait à peu près comment traiter. Enfin les gens qui sont fibromyalgiques ou douloureux chroniques au niveau du dos, il y a un moment où l'on n'arrive pas à lui dire, enfin à pointer l'organe ou la partie du corps qui leur fait mal en leur disant vous avez mal parce que...
Y	Ou plutôt l'inverse, ce n'est pas votre hernie qui vous fait mal, ça ne sert à rien d'aller vous faire opérer, ça ne va pas aller mieux.
Cl	C'est vrai que c'est souvent des gens qui sont très demandeurs d'exams. Toute la question, c'est jusqu'où l'on va. Est ce que l'on ne passe pas à côté de quelque chose ?
Ca	Peut être parce que ce sont des maladies qu'on connaît mal, qu'on ne connaît pas, qu'on ne peut expliquer. Du coup, on n'a pas d'arguments à avancer au patient. Quand c'est des maladies qu'on connaît, quand il a une métastase, on a la connaissance donc on a l'aplomb de lui dire: « vous avez mal parce que vous avez une métastase ». La fibromyalgie par exemple, c'est une maladie que je ne connais vraiment très peu, et du coup, je ne peux pas être sûre de moi face au patient,
Cé	On se réfugie beaucoup derrière nos connaissances justement parce que l'on en a beaucoup. On est très recommandations dans ce genre de choses-là. Alors dès qu'une pathologie sort de ces cadres que l'on apprend avant l'internat et que l'on peaufine après pendant l'internat, on est tout de suite plus perdu. Les métastases, on sait qu'à long terme, il faut mettre de la morphine. La fibromyalgie quand, les thérapeutiques que l'on sait devoir marcher ne marchent pas, on ne sait pas quoi faire d'autre.
Ca	J'ai l'impression qu'en tant que jeune médecin, on arrive à être sûr devant le patient parce qu'on a les connaissances médicales. Alors que j'ai l'impression que les médecins qui ont plus d'expérience, ils ont de l'assurance parce qu'ils ont l'expérience, donc ils savent appréhender les patients. Nous, on se cache un peu derrière nos connaissances.
A	Je suis complètement d'accord. On a appris à le faire, on a appris dans les livres à traiter une douleur sur un patient cancéreux, c'est compliqué, mais on y arrive. Quelque chose, comme la fibromyalgie, on ne sait pas faire, on n'a pas appris.
Cl	En plus, on ne sait pas expliquer.
Y	Ca t'attaque un peu dans ta vision de la science, de la médecine. C'est ces trucs qu'on ne comprend pas
Ca	Et c'est le message qu'on nous fait passer que c'est psychosomatique. Y'a ça aussi, y'a ce message. On est train de parler de la fibromyalgie. Dans nos études, on nous apprend que la fibromyalgie, c'est du psychosomatique.
Y	Pousser doucement, faut appuyer, ça aide, enfin des choses absurdes...
Stéphanie	Tu dis ça bouscule, ça t'attaque, c'est à dire ça bouscule ce que tu sais et ça te met en difficulté?
Y	Ca bouscule aussi ta position de médecin, enfin. Ce n'est pas : « bon bah voilà, merci Docteur. -Rire- « Ah vous ne savez pas docteur, ah bon comment ça se fait ? et je suis allez voir le professeur machin. ». Ils jouent beaucoup ces patients, ils sont tous un peu plus ou moins hystériques -Rire-. Ils sont beaucoup dans leur lien avec toi.
Stéphanie	On a l'impression que c'est personnel aussi un peu ?
Y	Ouais c'est personnel mais du coup, c'est marrant. -Rire-
Cl	Ca te confronte à ce que tu ne sais pas, ce que tu n'as pas appris. Faut arriver à dire aux gens que tu n'as pas la réponse, que la science n'a pas la réponse, que leur médecin de famille qui les suit depuis des années même qu'il y paraît comme ça, il n'a pas la réponse non plus. -Rire- Ca nous met en difficulté; on a du mal à avouer qu'on ne sait pas. C'est toujours difficile sans perdre toute crédibilité, déjà, on est jeune et en plus si on ne sait pas -Rire- alors là, c'est le pompon. -Rire-
A	C'est peut être plus nous qui nous sentons déstabilisés, que vraiment les patients qui ne se sentent pas bien pris en charge par nous.
Ca	Parce qu'il y a des patients, quand on ose leur dire : « là je ne sais pas ce que vous avez ». Y'en a que ça ne choque pas finalement qu'on leur dise ça. Bon bah, on va essayer de soigner les symptômes et puis tant pis si on ne sait pas. Je pense que, comme tu dis, c'est effectivement nous qui sommes plus gênés que les patients.
Cl	Tu vois, qu'une pathologie autre, à la limite un problème de thyroïde, n'importe quoi, j'ai



	moins de souci à dire que je ne sais pas et qu'on va regarder, faire une recherche. Là, c'est une maladie où l'on n'a pas de réponse, on peut faire des recherches, des essais. La fibromyalgie, les maladies psychosomatiques, douleurs chroniques non expliquées par les examens complémentaires, je trouve qu'on ne sait pas, et on a beau chercher, on ne trouve pas. Et, je trouve que ça, ça met en difficulté. Et aussi parce qu'il y a un profil psychologique des gens et qu'ils sont demandeurs de réponses. Ils posent des questions justifiées mais ils n'entendent pas forcément qu'il n'y a pas de solution.- <i>Acquiescement Ca-</i>
Y.	Ce n'est pas qu'il n'y a pas de solution, c'est que...
Cl	Enfin, y'a pas de réponse à leur souffrance.
Y	Y'en a beaucoup au final, et on arrive à les guérir quand même. Enfin ça existe, les fibromyalgiques qui ne sont plus fibromyalgiques. Mais, ça demande du temps.- <i>Acquiescement Cl-</i>
Stéphanie	Vous dites que sur le plan personnel que c'est déstabilisant mais est ce que ça réveille en vous des émotions ou des choses particulières, quand vous prenez en charge un patient douloureux chronique comme ça, vous personnellement et pas que en tant que médecin?
Cl	Personnellement, souvent la première consultation, on essaye. La deuxième, on essaye encore parce que souvent la première, on ne les a pas satisfait. Enfin, moi je sais qu'à long terme, moi, ça m'agace. Et puis, plus ça va...Au début, on cherche, on fait les examens complémentaires, on ne trouve rien et puis petit à petit, on se dit « bon bah c'est psy ». Souvent, les gens ne veulent pas entendre que c'est « psy », et hop, du coup la personne est mise dans une case je trouve. Et puis, le jour où elle fait un problème grave, on dit que c'est « psy » et puis on se rend compte après que c'est un problème grave. Moi, je me bats contre ça, mais ça m'agace. Souvent, on voit le nom sur la liste de consultation, et on se dit : « oh la la, Mme Machin, ça y est, elle est revenue. Son traitement, elle ne l'a pas pris, ou elle l'a pris et elle en a pris d'autres à côté. » C'est...
Ca	C'est épuisant.
Cl	C'est irritant. - <i>Rire/soupir-</i>
Ca	Ce sentiment à la fois d'impuissance et l'impression qu'ils n'entendent pas ce qu'on leur dit et qu'ils sont toujours dans la demande. Il y a un moment où la communication, il n'y en a pas parce que le patient est là avec ses revendications, avec ses souffrances, avec ses nombreuses demandes, et nous en face, on est complètement fermé parce que l'on a fait tous les examens de la Terre, qu'on a essayé tous les médicaments et que ça ne marche pas et qu'on est persuadé que...on met l'étiquette « psy », elle est hystérique. Enfin, pfff...on n'en peut plus quoi...Du coup, y'a plus de communication qui se fait.
A	Mais pourtant, le patient il revient.
Ca	Mmmh.
A	Et, je pense que nous nous sentons mis en échec mais le patient est toujours revendicateur mais il revient toujours finalement.
Ca	Mmmh, c'est vrai.
A	D'un côté, il trouve quelque chose, il trouve un bénéfice secondaire, il trouve...
Y	Si tu as commencé à créer le lien qui va permettre de le soigner.
A	C'est clair qu'il y a un jeu qui s'installe avec les patients qui essaient de mettre en échec son médecin, qui voient qu'ils y arrivent de temps en temps. Je pense qu'il en tire certains bénéfices et, il continue, il est en souffrance, il est en recherche. Mais, même s'il dit que ça ne va pas, il revient quand même - <i>Acquiescement Ca-</i> . Ca va quand même mieux.
Cl	Ou moins bien.
	- <i>Rire général-</i>
Cl	Parce qu'il revient. Quand ils vont bien, ils ne reviennent pas. - <i>Rire-</i>
Y	Non, mais s'il revient, c'est peut-être que ça lui fait du bien. Tu lui apportes son soin et puis à chaque fois, tu peux lui dire : « essayez ça, essayez du chaud, bon, on va arrêter ça, vous allez voir, ça va aller mieux, bon et puis la prochaine, vous allez vous mettre à faire un peu de piscine ». Tous ces trucs-là, au fur et à mesure, qui vont réussir et puis au bout de trois mois, il va te dire : « mon fils est mort », « ah bon, votre fils est mort ? ». C'est souvent.
Ca	Et finalement, si on laissait tomber en fait notre rôle de médecin somaticien, si on laissait tomber le fait de vouloir chercher, de vouloir comprendre, savoir pourquoi il a mal. C'est vraiment une réflexion qui me vient là tout de suite mais, en fait si juste on les écoutait et puis c'est tout quoi sans dire : « qu'est-ce qu'il a ? Qu'est ce que j'ai loupé ? Comment je peux arriver à le guérir ? Qu'est ce que je peux lui mettre comme antalgiques ? ». Et, finalement, si juste on parlait du principe qu'on est son psy, une fois par semaine et puis c'est tout, et ne rien lui proposer derrière.

Cé	Mais, est-ce qu'on est formé à être psy ?
Ca	Non, mais juste écouter en fait. Peut-être juste besoin de ça. C'est souvent en plus des gens qui épuisent leur entourage parce qu'ils sont constamment dans la plainte.
Marine	Et du coup, tu penses que ta difficulté, elle est là ?
Ca	Je sais que ma difficulté, c'est que j'ai besoin de... Moi, mon rôle de médecin tel que je le conçois c'est que j'ai envie de trouver. J'ai besoin de comprendre, de trouver pour pouvoir le soigner le mieux possible. Moi, ça me met vraiment en difficulté quand je n'arrive pas à mettre le doigt sur quelque chose pour soigner les gens.
Stéphanie	Toi, Cé, tu disais que tu ne sentais pas formé au final?
Cé	Non, et puis c'est quelque chose qui revient souvent au final quand on discute entre interne, tout ce qui est psy, communication avec le patient. Alors oui, -Ton ironique- on a des jolis cours nous disant qu'il faut être bien dans une salle, bien installé, ne pas être dérangé, couper le téléphone. Oui, mais au final.
Cl	Avoir une écoute active.
Cé	Sur le principe, ce n'est pas si facile que ça. C'est en pratiquant qu'on devient bon, je dirais mais, c'est pour ça aussi, qu'on se sent mal en tant qu'interne parce qu'on n'a pas cette expérience de l'écoute, l'expérience d'être psy comme on disait.
Ca	Je me dis qu'on pourrait avoir toutes les formations théoriques du monde, moi, je sais que... C'est vrai qu'on n'a pas du tout de formation, enfin très peu de formation théorique mais je me dis que même si on m'inondait de formation théorique sur l'écoute active, sur prendre en charge le patient sur ce versant-là, il n'y a que vraiment en pratiquant qu'on se fait son expérience.
Y	Ou en voyant les autres pratiquer aussi.
	-Mmmh de la part de tout le monde-
A	Et après, on a tous nos affinités. Il y a des gens qui ne sont pas fait pour écouter ce genre de patients et ce genre de patients se dirigent vers des médecins qui justement arrivent à les écouter et à répondre à ces plaintes constantes.
Ca	Oui, parce que comme tu disais tout à l'heure, les gens s'ils ne sont pas satisfaits, ils ne reviennent pas.
Cl	Après tu en as aussi qui voient plusieurs médecins en même temps et tu n'es pas forcément au courant et c'est vrai que c'est un problème aussi, le nomadisme. Dire aux gens: « mais vous allez voir d'autres personnes, d'autres médecins? » « Et, qui vous a prescrit ce traitement parce que moi, je ne vous l'ai jamais prescrit ce traitement? ». Et, je trouve aussi que ce n'est pas quelque chose facile à aborder souvent chez ces gens qui consultent un peu à droite à gauche, des spécialistes, des généralistes. Ils sont très demandeurs de soins et c'est un problème assez fréquent aussi en consultation.
A	Après, on peut faire que ce qu'on peut faire. Et, si ces gens vont consulter à gauche à droite, il faut essayer de leur apporter ce que toi tu peux apporter, de l'écoute, en se disant qu'on n'est pas tout puissant et que s'il tient un bénéfice à voir trois personnes à la fois, peut-être qu'il faut juste l'accepter.
Cl	Du coup, ça pose un problème...
Ca	De prescriptions...
Cl	De prescriptions, de transparence, de confiance.
Y	Est-ce que ce n'est pas à toi aussi de te mettre en relation avec les médecins qu'il va voir et essayer de faire une bonne prise en charge...
Cl	Oui, mais le problème ce n'est pas toujours évoqué.
Ca	Faut qu'il te le dise.
Cl	Faut que ce soit avoué.
Y	Oh, pfff et s'il ne te le dit pas, il ne te le dit pas et puis peut-être qu'un jour il aura envie et...s'il va voir quelqu'un d'autre, c'est que ça lui fait du bien aussi.
Cl	Du coup, c'est vrai que tu ne traites pas quelqu'un pareil. Enfin ce n'est pas de l'infidélité mais t'es pas en relation de confiance parce qu'il va voir d'autres personnes, il ne te le dit pas et, je trouve que tu ne traites pas pareil. Mais tu t'en doutes, on n'est pas bête, t'es suspicieux là-dessus. C'est pas une situation facile à gérer. Après s'il va voir quelqu'un d'autre, il va voir quelqu'un d'autre.
Y	Ce qui est important c'est que lui te fasse confiance, pas toi que tu lui fasses confiance au patient. Tu peux savoir qu'il se fout un peu de ta gueule qu'il essaye d'avoir ça -Rire- ça t'empêche pas....
Cl	J pense qu'il faut une confiance réciproque.
Y	« Et puis, je ne pourrai pas avoir un peu plus de Codéine? ». « Non ». Mais c'est pas grave ,

	enfin je ne sais pas.
A	C'est sûr que tu n'as pas le même lien avec ce genre de patients qu'avec d'autres mais ça ne veut pas dire que tu les soignes moins bien, ça veut pas dire que tu ne peux pas faire ton travail aussi bien qu'avec un patient dont tu suis toute la famille, tu sais que vous avez un vrai lien. C'est sûr que c'est différent mais ce n'est pas forcément moins bien pour le patient.
Y	C'est comme les patients tox', tu vas pas laisser tes ordos sur le bureau, enfin, tu sais que bon bah si tu les laisses en face, peut-être qu'il va te les piquer. Ce n'est pas pour ça, comment dire, qu'il n'y a pas une certaine confiance.
Cl	Ca ne te dérange pas, toi, ce genre de relation ?
Ca	Je vois ce que tu veux dire, c'est la confiance.
Cl	Je pense que tu dois avoir une certaine confiance en ton patient, enfin...
Cé	Je pense que tu te désinvestis, tu te dis, il va voir quelqu'un d'autre
Cl	C'est de l'éducation, enfin, tu ne vas pas prescrire de la morphine à un patient sans savoir vraiment, enfin...sans être confiant en fait de lui prescrire cette morphine, ce traitement.
Y	C'est un idéal. Il arrive il est perdu, il est au fond du trou, après, justement, enfin, tu vas réussir à le pousser, en disant bon bah, justement, tu commences par exemple, en lui donnant du Subut' que pour 3 jours, enfin tu sais qu'il va tout prendre d'un coup et qu'il va en vendre la moitié. Et puis bah après c'est comme ça que tu l'accroches au début et, tu le fais revenir et là, p't'être qu'un moment, t'arriveras à le...Enfin y'en a, ils sont là...ce ne sera pas dans les 6 mois qu'il arrive et tu vas pouvoir lui faire confiance là-dessus. Mais si tu ne commences pas à un moment, ça sera jamais, quoi ? Enfin...Accepter qu'un peu il se foute de ta gueule au début. Bon bah peut-être qu'un jour à un moment ...
Cl	Oui, faut ouvrir la porte, de toute manière, faut laisser une chance mais c'est vrai que...
Stéphanie	Enfin toi tu as du mal à accepter ça en tout cas ?
Cl	Ouais.
Stéphanie	Cette infidélité...enfin pour toi, ça te met en difficulté ?
Cl	Oui, bah pour la prise en charge, je ne trouve pas clair, comme on ne met pas de nom sur certaines maladies, je trouve que là, tout part un peu dans tous les sens et c'est difficile d'avoir un discours net, précis, rassurant, quand les gens sont pas vraiment adhérents à notre pratique, enfin après ils ne le seront jamais à 100%, je ne suis pas dupe mais c'est un peu déstabilisant, je trouve.
Stéphanie	Vous avez des choses à redire là-dessus par rapport à tout ça?
	-Silence-
Stéphanie	Et du coup, par rapport à tout ça, est-ce que, pour en revenir au sujet, vous avez des attentes par rapport à votre formation initiale ? On en parlait tout à l'heure sur la formation un peu « psy », est-ce que voilà, vous aviez des choses qui pourraient vous aider, des choses à reprocher dans votre formation?
Cé	Je pense, enfin que moi j'ai été très agréablement surpris par notre séminaire communication, je me disais « oh là là, qu'est-ce qu'on va faire là dedans ». Je voyais pas du tout l'intérêt et je suis sorti de là avec cette notion d'écoute active. Je me disais « ouah, en fait c'est super je vais mettre en pratique ». Et je pense qu'on t'en parle un peu tard, quoi, sixième année, enfin, on est déjà au contact des patients depuis 3 ans, alors je ne suis pas sûr qu'on soit aussi réceptif quand on est externe que quand on est interne, on n'est pas du tout au même contact du patient mais, une petite formation comme ça dans l'externat, pourquoi pas, faudrait voir après. J'irai interroger des internes -Rire- qui auraient eu cette formation pour voir s'il y a une différence mais... t'en as une?
A	Ouais, parce que j'ai fait mon stage chez le prat d'externe en D2.
Cé	Ouais.
A	Et du coup on avait les mêmes séminaires qu'on a en tant qu'interne et le séminaire communication, je l'avais déjà fait en tant qu'externe et on avait fait des ateliers, jeux de rôles tout ça, et on l'avait fait en tant qu'externe. Et c'est vachement formateur. Il n'y a vraiment que les médecins gé qui t'apportent cette formation. Tous les spécialistes, ils n'ont pas ce genre d'approche du patient, et du coup si tu ne fais pas ton stage chez le prat dans l'externat, je pense qu'effectivement tu n'y as pas accès.
Cl	Après si, tu vois, moi je trouve que les spécialistes l'ont. Enfin moi, j'ai fait mon stage quand j'étais externe en oncologie thoracique et, c'est vrai qu'on faisait beaucoup de consultations d'annonce, l'écoute enfin euh...des souffrances, hein finalement que ce soit de la famille, des patients. Et, j'ai retrouvé un peu ce qu'on avait vu dans ce séminaire. Mais c'était du terrain, et en pratique quand t'as jamais eu de formation. Je n'avais jamais vu avant la sixième année aussi.

Cé	C'est dommage qu'il faille qu'on passe dans des stages comme ça particuliers ...onco-thoracique, j'en avais entendu parler, mon stage chez le prat, j'avais un prat qui était un peu bougon, qui n'était pas du tout dans l'écoute donc je n'ai pas eu ces formations, et je pense que je ne suis pas la seule donc voilà c'est dommage qu'il n'y ait pas quelque chose de central, que la fac s'en occupe quoi! Enfin, la plupart des gens qui sont en médecine finiront médecin généraliste donc quand même dommage de passer outre cette formation. Déjà que la Médecine Générale n'est quand même pas énormément enseignée quand on est externe, on voit les spécialités, des choses qui ne nous serviront jamais, la base qui est la communication avec le patient, parce qu'on a un métier qui est vraiment de relation, et ben... c'est passé à l'as!
A	Après comme tu dis, c'est vrai que quand on est externe on se concentre vachement sur les connaissances théoriques et on est moins ouvert à tout ça aussi.
Cé	C'est sûr.
	-Silence-
Stéphanie	D'autres idées pour vous aider un peu plus ?
Y	La meilleure formation c'est les stages, mais... Tu ne peux pas faire des stages de tout.
Stéphanie	T'as l'impression que c'est la pratique qui t'aide. Vous aussi ?
	- Acquiescement général-
Cl	Oui c'est sûr.
Cé	Enfin après, je me souviens aussi en premier semestre, d'avoir traité une dame en fin de vie qui était douloureuse. Pareil, on parle de la relation et tout ça, mais les médicaments en tant que tel, l'externat on n'apprend pas les posologies, on dit « mettez de la morphine ». D'accord mais entre l'Oxynorm®, Skénan® et autres molécules, enfin, on n'est pas formé non plus. Il faut que l'on se forme tout seul. Après on ne peut pas tout apprendre non plus!
Y	Regarder dans le Vidal, on peut tous le faire !
Cé	Mais c'est vrai que pour le début de l'internat cela m'a vraiment beaucoup posé problème. Je me souviens les quinze premiers jours en Cardio, j'avais une fin de vie, j'ai vraiment été en difficulté. Heureusement qu'il y avait le Dr XX. Tout le monde le connaît, il est excellent, il apporte vraiment des réponses pour ce qu'il faut. Et c'est dommage je trouve qu'il faille être en difficulté pour avoir des réponses.
Ca	Finalement, c'est peut être aussi en étant en difficulté que l'on apprend aussi enfin...
Cé	Ce n'est pas faux !
Cl	C'est comme ça que l'on apprend mieux...
Ca	C'est vrai, enfin moi quand j'étais en neuro les premières fins de vie, les premières tumeurs cérébrales, enfin... on ne sait pas faire enfin... Je ne suis pas sûr que la théorie ne nous aide tant que ça. Au finale la théorie c'est : « bah tu mets par exemple un pousse seringue de morphine ». De toute façon tu es constamment obligé de l'adapter à ton patient. Y'a des choses, on ne peut pas te donner de recettes toutes faites. C'est vraiment de l'adaptation à chaque fois, enfin moi j'ai une vision particulière de l'enseignement. Je ne suis pas pour trop, enfin... les formations sur la communication avec le patient enfin... Je pense que l'on se fait vraiment notre expérience en stage, enfin au contact du patient. Parce que l'on a chacun des personnalités particulières et l'on a chacun notre histoire, on appréhende vraiment le patient... et on aura beau faire des formations théoriques, et bien...Je sais pas si c'est ça qui me fait mieux prendre en charge les patients quoi...
Y	Si ça t'intéresse en plus, tu perdras moins de temps à t'acheter un bouquin dessus, ou aller regarder sur internet, que d'aller te faire chier pendant trois heures en amphî.
Ca	Et puis c'est en allant voir avec d'autres médecins, des généralistes, des spécialistes...
Cé	Ça aussi c'est de la formation
Ca	Ouais, après c'est vrai que la formation théorique qui me...
Cl	Après la formation théorique pure, je trouve que ça te donne quand même des clés, je sais que moi j'ai fait le séminaire communication, après avoir rencontré ces situations, et là tu te dis : « ah bah là, la prochaine fois j'essayerai plutôt de faire comme ça ». Je me sentirai peut-être moins en difficulté, et moins en souffrance aussi, parce que la souffrance du patient souvent, elle t'est rejeté, et je trouve que cela t'aide aussi à te protéger. Mine de rien, la théorie ça te met une petite barrière, une petite protection, et je trouve que les séminaires, enfin...surtout que c'est sous forme de jeux de rôles, ce n'est pas de la formation en amphî. Parce que je trouve que les jeux de rôle te mettent en situation, parce qu'on est tous un peu particulier finalement, on a tous des réactions différentes à une situation...
A	C'est bien d'avoir une mini-formation théorique, au moins au départ, parce que moi j'ai eu cette formation sur la communication en D2, et c'est vrai que du coup j'avais aucune idée, enfin... pour moi c'était encore très très flou ces notions de lien avec le patient, enfin je

	commençais les stages et je trouvais ça très intéressant de voir que en fait y'a des gens qui faisaient des trucs, en fait on pouvait faire quelques chose d'un peu plus précis que juste le free style et...J'avais vraiment accroché et je m'étais dit : « et oui » ça pouvait m'intéresser, qu'il y avait des gens qui travaillaient là-dessus et que c'était intéressant. C'était pas une notion que j'avais avant.
Stéphanie	De faire connaissance avec une certaine pratique.
A	De faire connaissance avec la théorie de la communication.
Stéphanie	Et le fait de l'avoir vu tôt, ça t'a vraiment aidé?
A	Ca m'a vraiment aidée!
Cl	Je pense que le boulot du médecin, c'est aussi ça, ce n'est pas que la clinique, du contact, c'est aussi du verbal de la communication. Et je trouve que d'avoir un séminaire un peu tôt, ça fait partie du travail de médecin généraliste, et je pense que finalement c'est pas mal de l'avoir un peu tôt.
Cé	Je pense aussi que c'est important de le répéter. Comme tu disais, on n'a pas la même approche quand on est externe que quand on est interne. Ton regard d'externe qui te dit: « la communication d'accord, moi j'ai l'ECN à bosser! ». Mais après, quand t'es interne et que tu es confronté à cette situation : « ah bah oui mais ça je l'avais appris ». Et donc ravoir un petit rappel, je pense ça peut être vraiment profitable.
Stéphanie	Toi, tu disais que c'était plutôt la formation tout seul qui t'a aidé ? De chercher sur internet ?
Y	Non c'est surtout d'être en stage qui m'a aidé...
Stéphanie	D'accord, et le fait de chercher par toi-même, c'est plus formateur d'une manière générale qu'en séminaire ? Tu n'es pas du même avis que les filles?
Y	h non... je trouve qu'en prenant un bouquin qui est écrit par un gars qu'est bien, c'est toujours plus... que faire des jeux de rôles, j'ai jamais trouvé ça...
Stéphanie	D'accord.
A	On est tous différent.
	<i>-Rire général-</i>
Cé	Je viens de penser à autre chose, quelque chose qui me met en difficulté, enfin c'est toi qui m'as fait penser. Effectivement la douleur chronique, ce qui est dur, parce que l'on a tendance à prendre aussi les douleurs sur soi. Et je pense que c'est important, notamment en GAC, enfin plusieurs fois j'ai parlé de cas comme ça qui étaient vraiment durs. Je pense qu'en GAC, c'est vraiment important de pouvoir que retranscrire cette douleur, de pouvoir s'en séparer. Et ça c'est une difficulté aussi dans la douleur chronique, ce sont des pathologies qui ne sont pas faciles, on est jeunes, enfin... moi je sais qu'avant d'être interne, je n'avais jamais été confronté à ce genre de chose, dans ma famille... enfin heureusement je dirais. Mais c'est vrai que tout d'un coup on est balancé au milieu d'une souffrance incroyable, et je pense que dans la formation c'est important aussi d'avoir des moments d'échappatoires comme ça, où l'on puisse en parler.
Stéphanie	Parce qu'il y a un vécu difficile ?...personnel émotionnellement ?
Cé	Oui, surtout les premières fois, c'est vrai qu'après on a tendance à savoir qu'il faut s'en détacher et à se créer nous même une barrière, sinon on ne tiendrait pas, on ne pourrait pas faire ce métier toute notre vie. Mais c'est vrai qu'au tout départ, moi je sais que j'avais tendance à vraiment me dire...Je me souviens cette grand-mère en Cardio, je m'étais dit : « oh là là, ses petits-enfants, cela doit être horrible de la voir comme cela, enfin !... » je me projetais vraiment dans l'histoire de cette famille, bon après voilà ça c'est pareil, sur le terrain on apprend à mettre des barrières. Plusieurs fois en GAC... cela m'a vraiment aidée, de parler de ce genre de choses.... On avait eu une formation avec le Dr XX. Enfin voilà, je trouve qu'en parler c'est important entre nous, avec des gens formés à ça aussi.
Cl	Je suis d'accord, les soins palliatifs nous avaient fait une formation sur la prise en charge de la douleur, comment s'en détacher, physiquement et moralement en tant que soignant. Je trouve qu'on n'a pas, c'est vrai qu'il y a un grand centre de la douleur sur la faculté à Grenoble, c'est vrai que l'on ne les a jamais vu. J'ai jamais eu aucune intervention, moi je ne sais même pas où se trouvent les locaux, c'est vrai que je serais incapable d'orienter mes patients vers un tel centre ou un autre, expliquer où c'est... on n'en entend pas assez parler.
Stéphanie	Sur les réseaux de soins ?... Tu te sens en difficulté ? C'est des lacunes pour toi ?
Cl	Hmm hmm... <i>-Acquiescement-</i>
Stéphanie	D'accord. Est-ce que vous avez des choses à rajouter ?
	<i>-Silence-</i>
Stéphanie	Bon, et bien merci beaucoup.

## ANNEXE 4

Marine	Bonjour à tous, d'abord bienvenu à tous et merci à vous d'être venu s, euh donc moi c'est Marine pour ceux qui ne me connaissaient pas et Stéphanie. Donc, on vous a réuni ce soir pour discuter de la prise en charge des patients douloureux chroniques pour vous qui êtes internes de Médecine Générale. Donc on sait que, par notre petite expérience, à quel point il est difficile de prendre en charge ces patients-là, et qu'ils peuvent parfois nous mettre en difficulté pour pleins de raisons différentes, donc on veut mettre avec vous en évidence les difficultés que vous, vous avez rencontré dans la prise en charge de ces patients-là, en tant qu'interne. Donc il n'y a pas de hors sujet, tout ce que vous direz est intéressant, il n'y a pas de pression ni quoique ce soit. On va peut-être vous couper, il ne faut pas se sentir offusqué ou vexé c'est uniquement parce qu'on voudrait recentrer le débat sur le sujet exact. La discussion est bien sûr enregistrée, donc c'est pour des fins scientifiques hein, donc on considère que vous avez donné votre accord pour l'enregistrement, la retranscription, et tout est anonyme. Donc, on va commencer, d'abord on va faire un petit tour de table où chacun se présente, son nom, son prénom, le semestre dans lequel vous êtes, le service, éventuellement des spécialités si vous en faites, et puis voilà. Pour rappeler le thème du focus group, donc la question exacte de la thèse c'est : quelles sont les difficultés rencontrées par les internes de Médecine Générale dans la prise en charge des patients douloureux chronique et comment améliorer la formation ? Quelles sont vos attentes par rapport à la formation initiale ? Voilà donc on fait un petit tour de table.
N	C'est bon c'est parti ? donc moi c'est N, je viens de Dijon, je suis en premier semestre en Cardio à Chambéry voilà,
Marine	D'accord...
C	Euh, moi c'est C, je suis en premier semestre aux urgences à Chambéry.
Marine	Ok.
A	A, je suis en premier semestre en Gastro et je viens de Paris
Y	Y, en 3ème semestre chez le prat autour d'Annecy.
J	J, je suis en 2ème semestre chez le prat à Autrans.
Marine	D'accord, ok, donc pour vous la dernière fois que vous avez pris un patient en charge qui présentait des douleurs chroniques, est-ce que vous avez euh ressenti des difficultés ? Des choses qui vous interpellent sur une prise en charge un peu compliquée, qu'est-ce qui vous a posé problème ?
	-Silence-
Y	Bah je vais commencer.
	-Rire général-
Y	Moi c'est aujourd'hui chez ma prat, une consultation à mon actif, et euh c'est une patiente qui vient. J'ouvre le dossier et d'emblée la grosse prise de panique les quatre consultations précédentes c'était marqué « douleur ». Euh et je trouve ça fou tout de suite la pression de dire « mince je suis interne je passe derrière un médecin thésé qui a de l'expérience ». Ça fait quatre consultations qu'elle vient pour la même douleur et manifestement j'ai vu sur le planning de la secrétaire qu'elle venait pour de la douleur quoi. Et là d'emblée, on se dit qu'est-ce que je peux faire moi interne qui ai pas été, enfin, qui puisse aider la patiente alors que ça fait déjà quatre fois que quelqu'un d'expérimenté se casse les dents dessus quoi ?
Marine	Hum hum
Y	Et euh je trouve ça assez difficile, quand nous, on découvre des douleurs chroniques de se dire qu'on n'est probablement pas les premiers à entendre la plainte et que bah si les choses sont, si la douleur a pas cédé, on part un peu défaitiste quoi, c'est un peu le match où on se dit qu'on n'y arrivera pas.
J	Et puis il y a la cause aussi de la douleur parce que finalement elle marque douleur mais tu sais vraiment pourquoi elle a mal ? enfin, c'est identifié dans le dossier ou ?
Y	Bah là c'était identifié dans le dossier c'était un truc qui perdurait, ouais c'était une espèce euh de mic mac, c'était une patiente qui refusait la chirurgie alors qu'il y avait indication mais finalement c'était pas si frustrant que ça, mais je trouve que d'emblée quand on évoque la question de la douleur chronique euh.
J	Du coup tu étais plutôt gêné pour la thérapeutique en fait.

Y	Bah ouais.
J	Que pour l'orientation diagnostique ou vraiment...
Y	Très vite tu es sur la défensive tu te dis « ouh aïe aïe ouh aïe aïe, douleur chronique là, on va encore m'en parler, moi je suis pas forcément plus compétent probablement tout a été dit »
N	Et il y avait déjà beaucoup de choses qui avaient été faites ou pas ?
Y	Ben ouais il y avait déjà pas mal de choses qui avaient été faites et du coup, après j'ai essayé de proposer encore une alternative, de modifier un petit peu les heures de prise des traitements pour essayer d'ajuster, mais je n'étais pas parti dans ma tête pour faire des miracles quoi, enfin je me suis dit : « je vais essayer de faire un petit peu mieux ».
A	Elle venait te voir juste parce qu'elle avait encore plus mal que d'habitude ?
Y	Elle venait me voir parce que malgré ce que ma prat' lui avait donné 15 jours plus tôt, ça n'allait pas.
A	Ouais ça changeait rien, d'accord.
Y	Elle s'était dit ben 15 jours ça suffit pour évaluer un traitement.
J	Moi ce que je trouve difficile, c'est de faire la part entre la cause somatique et la cause psychique de la douleur, celle-là typiquement est-ce qu'elle a mal parce que c'est la part psychique et que elle supporte mal ou est-ce que il y a un truc en plus ? Est-ce qu'on passe à coté finalement d'un autre diagnostic parce...
	<i>-Tout le monde parle en même temps-</i>
Y	C'est aussi une erreur qu'on fait, à un moment donné, t'as une douleur qui a été exprimée euh c'est devenu une douleur chronique parce que ça fait 6 mois, 1 an, 2 ans et à aucun moment tu penses, enfin souvent c'est rare qu'on pense à repartir de la base et à reposer la question « mais ça fait mal où exactement? ...
J	Attends où est-ce que vous avez mal ?
Y	Ca fait mal. Comment, ça fait mal ? Quand? Euh est ce qu'il y a des trous malgré tous les antalgiques, ou des moments où vous avez mal, et euh on est plutôt sur euh, on part direct sur le traitement.
J	Le traitement.
N	Hum...
Y	Direct dans l'ordo, et je pense que des fois on traite des douleurs qui ont changées qui sont plus euh, qui ont une composante neuropathique qu'on n'a pas pris en compte ou qui sont plus que neuropathiques, qui sont plus mécaniques euh.
J	Et est-ce qu'elle menait ? Est-ce qu'il y avait un intérêt pour elle ? Est-ce qu'il y avait un bénéfice secondaire pour elle à avoir mal, j'entends, est-ce que elle est en arrêt de travail ? Est-ce que ...
Y	Non c'était une petite mamie. Elle était vraiment juste emmerdée par sa douleur quoi.
J	D'accord.
Marine	Donc en fait là, si je comprends ce que tu veux dire là, c'est d'abord par rapport au Médecin Généraliste, le manque d'expérience que tu as par rapport au médecin, plus la thérapeutique où tu sèches un peu euh parce que c'est un patient que tu revois.
Y	En fait c'est surtout l'impression de faire la médecine à l'envers c'est-à-dire que quand tu passes en tant qu'interne derrière ton médecin et les spécialistes tu te dis « attend mais on est allé de rhumato à médecin gé à Interne enfin bientôt c'est l'externe et ensuite le P1 au café à qui on va donner la patiente ». Et t'as l'impression que ça ne suit pas l'ordre naturel des choses qu'on a tous dans la tête à savoir : interne-médecin gé-spécialiste-sur spécialiste.
J	Justement c'est peut-être au moment de la décroissance où il y a eu, à un moment, cette phase et justement toi tu es après cette phase-là.
Y	Ouais.
J	Et par contre tu te sens quand même pas à ta place où tu te dis si ça se trouve c'était pas le bon, le bon circuit parce qu'on a toujours pas de réponse pour elle quoi.
Y	Oui voilà parce qu'en fait je trouve qu'on a une progression qui est facile dans le sens où médecin gé –spécialiste-sur spécialiste machin mais alors redescendre de l'autre coté la pyramide euh on se sent toujours un peu couillon.
J	Et pourtant c'est tellement fréquent.
Y	Et c'est valable pour tout même autre chose que la douleur chronique hein le médecin gé qui reçoit le patient qui est allé chez le cardiologue, qui est passé chez le cardiologue, il a du mal à dire derrière « je suis pas d'accord avec le cardiologue, je vais tout changer son traitement ». Il y a un espèce de syndrome de je sais pas moi de perte de confiance ou de mon avis a moins de valeur que celui de mes prats ou que les spés quoi.
J	Et du coup justement t'avais en tête quelqu'un vers qui l'adresser, enfin si vraiment tu te sentais

	limité sur les traitements ? T'avais euh je ne sais pas un spécialiste de la douleur ou...des paraméd euh ?
Y	Ouais j'ai...
J	Vers qui se tourner.
Y	Après, j'ai pas voulu botter en touche tout de suite, j'avais une demie heure de consult' devant moi je me suis dit : « allez c'est parti j'attaque le problème en frontal et j'essaie d'aller regarder un petit peu comment ça a commencé, qu'est ce qu'elle a, à l'heure actuelle par quoi on est passé. ». Voilà.
Marine	Et du coup euh pour enchaîner sur ce que t'as dit J., pour les réseaux de la douleur, le paramédical, est-ce que vous vous sentez à l'aise avec tout ça ?
A	Moi je ne connais pas.
N	Moi j'avoue que je ne connais pas trop, et ce n'est pas le même problème que vous où vous les avez chez le prats, Moi, en Cardio c'est vrai que quand il y a des patients qui viennent avec des problèmes de douleurs chroniques déjà ils sont étiquetés douleur chronique et euh enfin les Cardio, ça les fait chier entre guillemets enfin c'est vraiment ...
	<i>-Rire général-</i>
N	Non, mais c'est vrai hein et du coup moi je me sens pas à l'aise du tout parce que voilà, le patient il arrive avec son Skénan®, son Actiskénan® euh, il a des consultations régulières au centre de douleur, je ne sais plus comment il s'appelle parce que j'avoue que je ne connais pas plus que ça. Et du coup le cardio, il a rien envie de faire il change rien et en fait je me suis souvent sentie complètement seule par rapport à ça. Et comme il vient pour un infarctus ou une FA ou machin, on met ça complètement de côté et euh et moi j'ai pas du tout le même ressenti que toi, parce qu'au final et ben sans faire exprès ben j'ai fait pareil que les ccario. Tu vois, tu mets le truc de côté, tu donnes les traitements qu'il a l'habitude de prendre sans vraiment oser le modifier parce que ça te fais peur. Enfin moi je suis pas du tout à l'aise avec le Skénan®, Actiskénan® et compagnie et puis tu mets un mot à la fin du courrier : revoir consultation centre antidouleur mais je sais même pas où c'est à Chambéry. C'est un truc que je ne connais pas très bien non mais c'est vrai hein et je ne suis pas à l'aise clairement.
Y	Pour revenir à ton histoire de : les cardio, ils s'en foutent euh, je trouve qu'en tant que médecin on a tous un peu enfin moi en tout cas je l'ai, ça m'arrive de l'avoir même si j'aime pas la réaction du euh, de défense. En fait parce qu'on se sent attaqué euh, dans notre compétence, dans notre dignité de médecin euh parce qu'on est en échec. On est tenu en échec par un truc et euh plutôt que de dire euh plutôt que se dire simplement je suis dans l'échec, j'y arrive pas, ça dépasse mes compétences, ou euh soit de dire j'abandonne officiellement et dans sa tête se dire j'ai abandonné j'y arrive pas, soit renvoyer chez des multiples spés, essayer de faire les choses, il y a un moment où t'as une réaction un peu d'énervement. Tu te dis : « mais ça m'agace cette douleur parce que t'es en train de me dire que je suis mauvais en fait je prends ça comme une espèce de claque genre, t'es mauvais ,t'es mauvais ,t'es mauvais. ».
N	Ouais.
Y	Et tu finis par euh tu finis par en avoir au... contre le patient d'avoir cette douleur.
	<i>-Acquiescement général-</i>
Y	Que tu prends plus comme une espèce d'insulte que comme une douleur juste exprimée quoi, c'est euh « qu'est-ce qu'il fait chier ce douloureux chronique de merde avec sa fibromyalgie à la con... »
N	Puis au-delà de ça, moi je me suis rendue compte que j'ai des soucis rien que dans un truc tout simple mais c'était l'évaluation de la douleur quoi, enfin c'était euh parce que voila l'EVA tout ça, c'est vrai que c'est euh, selon les patients c'est pas du tout pareil et rien que l'évaluation je me sens pas forcément toujours à l'aise non plus.
C	Ben après c'est vrai qu'à l'hôpital enfin moi, je suis aux urgences donc c'est pas forcément, ça se pose pas souvent souvent. Mais quand j'hospitalise les patients derrière, j'ai la fiche verte de demande d'équipe mobile soin palliatif facile quoi, dès que je vois qu'ils sont déjà sous morphine: Actiq®, patch de Durogésic®, machin truc euh et qu'ils disent j'ai mal j'ai mal j'ai mal, faites moi une radiothérapie, faites moi un truc ça va aller mieux, je demande facilement ça après c'est vrai que encore refiler le bébé mais...
Marine	Tu demandes facilement ça parce que t'es pas à l'aise ou ?
C	Ouais parce que tu te dis bah...
N	Parce que c'est super spécifique ...
C	Déjà toute façon, moi je le vois 1h ou 2 le patient, donc je vais pas avoir le temps de gérer son traitement derrière même quand je les vois à l'UHCD finalement bah c'est pareil tu vois le patient 24 heures, enfin t'arrives le matin le but c'est de le faire sortir donc il faut, il faut tout de



	suite gérer une prise en charge dans le service. Tu vois où est-ce qu'il a mal, t'essaies un traitement mais finalement bah tu vas pas avoir plus que la journée pour évaluer ton traitement voir jusqu'à midi quoi parce qu'à midi faut qu'il soit ou chez lui ou dans un service.
Marine	Donc pas de recul quoi.
C	Donc t'as aucun recul donc derrière tu te dis ben s'il est déjà, la dernière fois j'en avais un il était douloureux chronique, tous les spécialistes qui le connaissait plus ou moins que j'appelais me disaient « de toute façon il est psy ».
Y	Hum, la petite étiquette...
C	-Rire-
A	Ouais.
C	C'était « on a tout essayé, il est psy », mais le mec il avait une sucette d'Actiq® c'est du Fentanyl®, et il avait des patchs de Durogésic® mais couverts sur tout son corps. Il avait de la morphine-Rire de C-, il avait du Skénan®, de l'Actiskénan® en plus il prenait du Paracétamol enfin il avait... enfin on pouvait plus, moi je voyais plus comment faire pour mettre un antalgique en plus et il avait déjà eu un suivi psy en plus qu'il n'avait plus actuellement et là ben tu te dis : « bon je vais l'hospitaliser et puis je refile le bébé quoi ».
J	Et il est venu pour ça ?
C	Il venait à l'hôpital parce qu'il avait mal au ventre non parce qu'il avait...
N	Est-ce que c'est ça le plus difficile ?
C	Je crois euh un arrêt du transit parce que du coup il avait tellement mal au ventre, on lui avait fait une opération qui était super discutée.
A	Mais oui je l'ai eu ce patient.
C	Mais oui je te l'ai refile, je l'avais mis en Gastro parce qu'il avait mal au ventre mais...
Marine	Et du coup A, toi t'en penses quoi ?
A	Ah bah c'était un patient très très particulier hein .
C	Il avait 40 ans il était hyper jeune.
A	Ouais ouais, parce qu'en fait il avait beaucoup de bénéfices secondaires, il était en arrêt depuis très longtemps , il avait tout, il avait sa famille qui était vachement centré sur lui donc on se demandait vraiment, et puis surtout qu'il le supportait super bien il disait qu'il avait mal qu'il avait mal mais...
C	Avec un grand sourire.
A	Ouais voilà.
J	Un côté manipulateur finalement, le côté manipulateur des gens qui ont des douleurs chroniques.
A	Ouais et puis il demandait souvent des certificats.
J	Qui profitent bien du statut de l'interne aussi dans les services.
Y	Je trouve que...
Stéphanie	T'as l'impression que ton statut d'interne, du coup les patients en profitent un petit peu ?
J	Ouais, il y a des patients qui sont très manipulateurs et qui profitent bien.
N	Qui savent très bien.
J	Qui profitent de ta place pour te faire culpabiliser, te faire pression ou remonter les équipes contre toi. Moi j'étais tombée sur des gens quand même qui, enfin une femme particulièrement qui euh...
Stéphanie	C'est arrivé du coup d'être mise en porte-à-faux par les patients quoi.
J	Ouais ou alors qui te racontent que ton chef il est pas efficace, il travaille pas bien donc toi tu sors de la chambre et donc tu vas revoir ton chef et tu dis : « bon je pense que là sur la douleur ce n'est pas suffisant ». Mais en fait, elle a fait exactement le même numéro à l'infirmière avant en disant que l'équipe médicale est nulle etc. et quand le chef arrive euh elle reporte la faute sur quelqu'un d'autre.
Stéphanie	Hum.
J	Ce qui fait qu'en fait il y a des tensions qui se créent au sein même de l'équipe alors que c'est la personne qui est au centre du truc et que effectivement on n'a pas de réponse pour elle à ce moment-là mais le problème vient de la personne.
Y	Après je trouve que c'est euh, enfin on a l'étiquette psy manipulateur assez facile et des fois euh, des fois je me dis ben il y a eu la douleur au départ euh à force d'avoir mal, ça modifie quasiment toute sa vie euh. Les manipulations ben y'a aussi les patients qui ne sont pas plus manipulateurs ou pas plus psy que ça, qui alternent entre « je suis énervé parce que les médecins y arrivent pas », mais ils voient un mec nouveau ils sont super gentils avec et tout parce que cette fois-ci, ils ont des espoirs où à un moment donné ils se disent « putain, si je suis trop un chien euh, ils vont me jeter ils feront jamais rien pour moi » donc ils alternent entre des phases où ils sont super gentils bisounours euh.

J	Oui mais ça c'est tout le problème de l'origine de ta douleur parce que si c'est un patient effectivement qui est cancéreux enfin sur une douleur chronique, la douleur peut quand-même s'étaler sur des années et effectivement ben là, tu peux pas dire que la personne est manipulatrice parce que tu rentres dans la psychologie de la personne très très malade. Et puis après par contre t'as le versant des gens qui sont pas vraiment étiquetés. Tu sais pas vraiment pourquoi ils ont mal, tu sais pas quels bénéfices secondaires ils en tirent, finalement ils sont aussi en arrêt de travail en invalidité euh.
Y	Ouais.
J	Et ça c'est compliqué.
Y	Mais on a une espèce de grosse flèche qu'on a dans notre cerveau et qui dit : « je ne comprends pas égal psy ».
J	Et c'est ça, c'est à quel moment où tu passes la barrière du psychiatrique quoi vraiment où là on se dit vraiment... et je trouve qu'en tant qu'interne on n'a peut-être pas assez d'expériences encore pour être...
N	Ouais.
J	Très... et c'est là que c'est intéressant d'avoir des centres de la douleur des gens qui sont super formés pour euh...
Y	Ouais mais moi la question que je me pose c'est: est ce que ces gens là, ils sont plus armés que nous? Pour poser le diagnostic de « c'est psy » parce que finalement il n'y a pas le grand « doloro-psychomètre » qui te dit ... : « mouah sa douleur est psy ».
	<i>-Rire général-</i>
J	Bah doloro-psychomètre, il y a peut-être des RCP qui sont possibles tu vois entre les signes radios, les signes biologiques euh, les trucs objectivables, les biopsies enfin aller vraiment jusqu'au maximum de ce qu'on connaît nous et après faire le lien peut-être avec un psychiatre, un psychologue etc...Oui les RCP je ne sais pas si ça existe dans la douleur, je pense que ça doit exister ?
Stéphanie	Hum, bien sûr oui.
J	Et après refaire le point pour justement pouvoir passer la barrière et dire bon ben probablement que cette personne-là malheureusement elle est quand même un peu psychiatrique.
N	Ouais des réunions multidisciplinaires et que tout le monde donne son avis quoi...
Y	Moi la question que je me pose aussi c'est euh.
J	Ca améliore notre prise en charge.
Y	Si dans notre super flèche « je ne comprends pas égal psy », ça va souvent avec « je ne comprends pas égal psy égal euh cette douleur c'est de la connerie en barre je ne traite pas ».
C	Je ne la traite pas ouais.
J	Ouais.
Y	Et en fait c'est génial, parce qu'à partir du moment où tu l'as étiqueté psy ouh, plus d'antalgiques.
J	Alors là je ne suis pas d'accord avec toi.
Y	Ah c'est souvent ça.
J	Je ne suis pas d'accord avec toi, moi j'ai fait des consultations pour des fibromyalgiques euh en Gastroentérologie.
Y	<i>-Rire-</i>
Y	Le gros sujet.
J	Ah non mais c'est vrai que la fibromyalgie c'est quand-même un peu des fois le panier fourre-tout enfin voilà, et euh la douleur elle doit quand même être prise en charge parce qu'à partir du moment où les gens ils ont ressenti par contre, ça t'autorise pas de...
Y	Oui à dire stop.
J	Bah ouais de ne pas traiter quoi !
Y	Oui mais en pratique c'est souvent vrai.
J	Après c'est la balance euh est-ce que je plombe quelqu'un voilà ou est-ce que...
Y	Je ne sais pas je pense que tu l'as déjà vu autant que moi en stage le chef qui passe et qui fait « pff c'est psy ».
N	Exactement.
Y	Et qui dit à l'interne t'occupes pas de son traitement pour la douleur, toute façon c'est un psy.
N	Ouais.
Y	Genre euh t'as beau tout tenter, comme c'est psy euh il est incurable.
Marine	Et du coup comment tu te places toi par rapport à ce problème de...
N	C'est super dur.

Y	Ben moi je déteste foutre l'étiquette psy alors je vais chercher souvent assez loin dans le somatique pour me dire euh au moins voilà, j'arrive au maximum de ce que je sais faire sur le somatique. Le psy, ce n'est pas mon domaine de compétences, c'est assez spécialisé le psy de la douleur euh là, c'est le moment où je passe la main mais c'est con à dire mais je fais ça en grande partie pour moi aussi pour me dire euh.
J	Je peux passer à côté de quelque chose.
Y	J'ai fait ce que je savais faire ce que je pouvais faire euh, j'ai fait ma médecine ma cuisine telle que je sais la faire et après si ça marche pas, c'est qu'il y a autre chose que je ne sais pas détecter mais au moins je suis content d'avoir fait ce que je sais faire.
Stéphanie	Et qu'est-ce qui te manque justement ? Qu'est-ce que tu ne sais pas faire ? Qu'est-ce qui te manque justement pour aller jusqu'au bout des choses ?
Y	Alors moi...
Marine	En tant qu'interne hein.
Y	Moi en terme de douleur chronique y'a une espèce de cap qu'on passe euh qui me fait vraiment chier, euh désolé le dictaphone! Euh il y a les, euh certains antalgiques que je maîtrise mal en particulier, le passage à la morphine euh quand c'est à toi en tant qu'interne de te dire : «bah les paliers 2, je suis arrivé au bout, faut que je passe au palier 3. C'est à moi de le faire ». Parce qu'adapter des doses de morphine qui sont déjà mises euh depuis longtemps.
N	Ouais, c'est pas toi qui a pris la responsabilité d'avoir introduit la morphine.
Y	Voilà, t'en mets un petit peu plus en te disant bon bah dès que ça ira mieux quelqu'un fera un petit moins et balayera euh quand c'est toi qui introduit le palier 3, t'es emmerdé c'est...
Marine	Les filles en premier semestre-là ?
A	Bah moi je suis en Gastro, donc on voit pas mal de patients cancéreux qui ont des douleurs assez chroniques et du coup ben je ne sais pas, on a moins de réticences à introduire la morphine chez ces gens-là.
Marine	Chez les patients en fin de vie alors.
Y	Hum.
Marine	Et tu te sens à l'aise avec ça ou?
A	Ben ça commence. <i>-Rire d'A-</i>
C	Ben j'ai jamais eu le problème mais euh, en aigu en tout cas je fais des titrations morphiniques tous les jours <i>-Sourire-</i> et les patients hospitalisés je leur mets de la morphine euh, mais c'est vraiment de la douleur aiguë quoi. Je sais que derrière ça va être arrêté parce qu'on a beaucoup d'ortho ou de trucs comme ça et on passe même pas par le palier 2, quoi parce que tu sais que ça bloque enfin tu ne peux pas mettre de morphine si tu mets un palier 2 donc euh...
A	Et puis il y a une surveillance à l'hôpital qu'en Médecine Générale et en cabinet.
Y	Ouais et quand t'es chez le prat et que tu décides de passer au palier 3.
	<i>-Acquiescement général-</i>
C	C'est ça, je connais pas du tout ça donc euh.
Y	Y'a un moment où tu poses le stylo et... je le fais, je le fais pas? Et puis l'autre truc c'est la douleur neuropathique, la douleur neuropathique tu commences à jouer avec des trucs qui ont des effets antidépresseurs enfin...
Marine	Ces médicaments-là vous...
Y	Et ben ces médicaments-là je trouve qu'il y a une part mystérieuse euh...
N	On ne les connaît pas bien. Finalement à part le Lyrica® dans les douleurs neuropathiques, c'est des choses où je ne suis pas à l'aise du tout quoi vraiment. Après en même temps c'est vrai qu'après 3 mois en hôpital ce n'est pas non plus pareil que...
J	Ouais et puis pour les opioïdes, j'avais vu une fois où ils étaient passés à la Méthadone® en fait, en fait c'est encore plus euh...
C	A la Méthadone®? Pour la douleur?
J	Ouais, il y a des patients sous Méthadone® comme antidouleur, moi j'étais complètement larguée alors le gros problème qu'on avait eu, ça avait été débuté dans un centre hospitalier à Lyon, là moi j'étais à Aix les Bains à ce moment-là.
	<i>-Rire général-</i>
Y	La pyramide à l'envers!
J	J'étais bien placée, et j'avais essayé de contacter, parce que là le problème c'était de contacter les gens qui avaient commencé le traitement. C'était impossible de lui demander mais vraiment impossible, et euh voilà donc là on a vraiment galéré quoi... On avait rien compris ni les chefs ni moi, c'est dommage parce que du coup il n'y avait pas de dossier, il n'y avait pas de protocole, il n'y avait rien. On était laissé à l'abandon avec la Méthadone® et la dame qui prenait ça comme ça.

Y	Et puis dans la douleur chronique moi je trouve, il y a un truc qui me fait souvent souci, c'est que quand on choppe un dossier on a la dernière ordo.
N	Ouais.
Y	Du douloureux chronique, on sait absolument pas d'où il vient en terme de stratégie thérapeutique. Et le patient souvent il est incapable de le dire parce qu'il a un petit peu tout essayé .Et on est pas capable de faire le truc, eux ils savent même plus depuis quand ils prennent euh souvent ils prennent des antidouleurs, d'ailleurs je trouve que les douloureux chroniques sont assez mauvais pour évaluer leur douleur parce que la douleur elle envahit un petit peu tellement tous les champs que contrairement au douloureux aigu qui dit euh « ah bah votre médicament il fait vachement du bien euh, sauf le soir entre 22h et minuit où je douille comme un dingue parce que ça fait plus effet », le douloureux chronique si on lui demande si ça va il fait « pouh, peut-être un peu mieux mais ... ».
A	Voilà c'est ça.
Y	Ouais ce n'est pas, on lui demande vous avez mal plutôt quand. Et là il dit bah un peu tout le temps vous savez Docteur.
Stéphanie	Tu rejoins un petit peu N. au final sur le fait qu'évaluer la douleur ce n'est pas si simple.
J	Ce qui est pas mal c'est de faire un schéma
Y	Oui, mais je trouve que c'est dur d'évaluer la douleur. L'EVA. L'EVA, un mec que tu suis depuis 6 mois pour une douleur il te dit jamais 6 alors que il y a 3 semaines c'était 7 ou des trucs comme ça, il te dira « ah bah ça perdure hein quand même ». Et puis bon moi la seule fois où j'ai essayé d'utiliser l'EVA sur des douleurs chroniques je me suis retrouvé avec des patients qui ne me répondaient pas un chiffre! Et je leur disais « c'était comment au début ? », « et au début c'était pas exactement comme ça hein ! », « bon c'est plus fort, c'est moins fort ? », « pouh, vous savez j'en ai tellement vu tellement fait ! », et donc ils ne font pas émerger un chiffre, pareil l'horaire ça devient dur de préciser mécanique ou inflammatoire. On a l'impression qu'il y a des trucs qui s'intriquent dans les deux, si t'es parti mécanique et qu'il y a une composante inflammatoire qui s'est installée, ou si t'es parti inflammatoire et t'as l'impression qu'il y a un truc mécanique derrière qui s'est rajouté euh en plus de ça par-dessus la douleur chronique tu rajoutes tous les petits troubles musculo-squelettiques qui vont avec et voilà il a mal alors il bloque les abdos, il bloque la hanche, il bloque.
J	Et des fois t'appelles pas les kinés ?
Y	Euh...
J	Moi ça m'arrive en fait ou les kinés nous appellent pour nous dire un peu, faire le point : « voilà il en est là, il a fait ça... »
Y	Et ben moi j'adresse assez facilement le...les douleurs de rachis chronique, le lombalgique chronique je l'adresse souvent.
J	C'est le patient-kiné. Il y a des fois d'avoir le paraméd' à coté qui te dit : « ben on a quand même progressé », ou euh alors « ben non j'ai l'impression qu'elle régresse ». Parce que en plus les kinés quand même ils les voient minimum 1/2h donc euh 2-3 fois par semaine ça fait un œil quand même sympa sur euh.
Marine	Et donc au niveau des autres activités paramédicales, est-ce que vous en connaissez certaines ? Est-ce que vous sauriez les adresser sans soucis, avec un patient qui a des indications particulières ou?
A	Bah je pense que tout ce qui est relaxation, sophrologie et compagnie, ça doit être pas mal pour eux. Au final ils se détendent, ils pensent moins à leur douleur puisqu'ils sont tellement concentrés sur leur douleur, qu'ils ne pensent même pas à ne plus penser à la douleur.
Marine	Et toi, ça ne te poserait pas donc de problème d'adresser un patient...
A	Ah non, puisque toute façon ce n'est pas médical. Ce n'est pas pris en charge par la sécu donc il y a aucun effets secondaires néfastes.
Y	Ouais je suis vachement plus nuancé que toi, parce que je sais qu'il y a des douloureux chroniques qui vont voir des ostéopathes et des fois quand j'entends euh ...
J	Les mutuelles les prennent en charge.
Y	...Ce que les ostéopathes leur ont fait euh je suis assez surpris! Il y a pas longtemps j'avais une patiente qui avait des névralgies d'Arnold assez invalidantes. Elle est quand même allée voir son ostéopathe qui lui a dit qu'elle avait des os de la tête qui étaient trop soudés du coup il les a manipulés pour que ça bouge! Ben merci mais c'est soudé quoi !
J	Ouais mais ça en fait, c'est le problème de la formation de base des ostéos, c'est qu'ils sont sur l'idée que les os du crâne respirent et qu'il y a une respiration crânienne en fait –Rire de J-
C	Ouais.
J	Et toute la théorie en fait c'est basé sur la respiration.

Y	Comment tu peux adresser euh un patient enfin.
J	Bah parce que justement t'es arrivé à tes limites médicales scientifiques, qu'est-ce que ça te coûte, enfin après sur la manipulation cervicale je serais un tout petit peu plus réservée.
Y	Voilà.
J	Mais tu sais en fait quand ils font juste les pressions statiques sur la tête c'est pas ...
Y	Mais moi c'est, ça me coûte vraiment d'envoyer quelqu'un euh qui va travailler avec une base qui est pas, qui est pas un poil cartésienne, c'est-à-dire que moi j'arrive au bout de la médecine médicamenteuse.
J	Ouais mais est-ce que sa douleur à lui, elle est, elle est...
Y	Et c'est pas parce que je suis en échec que je l'adresse à un extraterrestre qui manipule les os du crâne!
C	Ouais mais est-ce que en général ça te gêne qu'il aille voir des gens qui font de la médecine chinoise ou ...
J	Ou coupeur de feu tu vois des trucs comme ça.
C	Enfin finalement c'est pas forcément toi qui l'adresse mais s'il te dit : « est-ce que ça me fait du mal ? ». Enfin s'il te demande conseil, tu vas pas lui dire « non n'y allez pas » quoi.
J	Moi je dirais pas non.
C	Enfin si ça vous fait plaisir, allez-y.
N	Finalement la prise en charge de la douleur ça n'est pas que la douleur c'est comme dit A. c'est un ensemble du patient.
C	Si ça lui fait du bien !
J	Moi je suis d'accord il y a des charlatans.
Marine	Et comment du coup vous gérez une consultation globalement ? Une prise en charge comme ça d'un patient douloureux chronique, tu dis une prise en charge globale, du coup comment toi tu...
A	Je pense qu'il faut vraiment s'intéresser à toutes les parties de la vie, voir ce qui ne va pas, ce qui est relié à la douleur, ce qui n'est pas relié à la douleur et ce qu'on peut changer dans ce qui n'est pas relié à la douleur.
Marine	Et qu'est-ce qui pose problème dans cette prise en charge globale, toi ?
A	Moi je trouve que c'est pas le rôle du médecin de faire ça. C'est plus de la psychologie ou...
Marine	Donc t'as l'impression que l'aspect psychologique des choses...
A	Prend le dessus.
Marine	Te dépasse un peu ?
A	Ouais, bah je trouve qu'on est pas formé à faire de la psychologie, enfin moi je trouve que c'est pas... qu'on est nul là-dessus.
Marine	D'accord.
	<i>-Silence-</i>
N	Et puis c'est aussi vachement chronophage hein.
Y	Ouais.
N	C'est ce qui faut dire aussi quoi c'est... Tu y passes vachement de temps et finalement t'es pas sûr que tu aies un aboutissement très concret.
J	C'est peu gratifiant quoi.
N	Ouais.
J	T'as l'impression que pour certaines personnes c'est...
J	Et puis t'as ceux ...
Y	Parce que, au mieux t'auras un peu d'empathie pour ton patient qui te dira « mon médecin il a essayé quand même des choses ».
N	Ouais.
	<i>-Rire général-</i>
J	Toute façon, tout a son intérêt hein. On en voit aussi en consultation parce qu'ils veulent leur renouvellement d'arrêt de travail et qui veulent être en invalidité, qui veulent que ça colle dans les maladies professionnelles, reconnue en maladie professionnelle et tout et ça les arrange quoi !
Marine	Et alors justement.
J	C'est le côté subjectif de la douleur qui fait que t'es obligé de les croire mais tu sais pas vraiment s'ils ont mal.
Marine	Au niveau administratif du coup comme tu parles des papiers, invalidité arrêt de travail, euh cure des choses comme ça c'est, est-ce que vous savez faire tout ça ?
J	Non mais ça vous verrez quand vous serez chez le prat'.
	<i>-Rire général-</i>
C	Arrêt de travail ouais!

Y	L'invalidité de toute façon, c'est le médecin de sécu qui te tombe dessus, sur le patient, qui convoque le patient une fois qu'il a eu trop d'arrêts de travail. Attends, ça fait 6 mois qu'il ne travaille plus euh...
J	Je crois que t'as le droit à 3 ans d'arrêt de travail.
Y	Hum, mais assez rapidement.
J	Avant d'être en invalidité.
Y	Assez rapidement tu reçois un papier de la sécu qui te dit : celui-là faudra peut-être le convoquer pour voir si ça vaut pas le coup de le mettre en invalidité quoi.
J	Et puis c'est vrai le nombre de cures thermales, parce que ça fait marcher un commerce, une économie, on va pas dire non mais euh mais bon là tu te dis...
Y	Moi des fois j'ai bien envie d'adresser un papier à la sécu en disant : adressez le à Disneyland on verra si...
J	Il y en a un il m'a dit: « vous me mettez en arrêt de travail et après vous... et pendant mon arrêt de travail vous me mettez en cure ».
A	Ah ouais !
J	Et ça c'est complètement illégal hein, non mais les gens ils sont prêts à tout hein !
Stéphanie	Toi t'as l'impression que c'est, pour revenir à ce que tu disais, le fait du côté subjectif de la douleur, toi ça te met en difficulté de juger ça en fait ?
J	Euh... de juger ouais il faut, c'est vrai que quand on a un peu exploré un peu pour dire c'est vraiment subjectif ou somatique et il y a vraiment quelque chose et après oui ça reste que subjectif. Mais après les gens ils ont droit aussi d'avoir des douleurs qu'on a l'impression subjectives, moi je trouve que la douleur c'est toujours un très bon point d'appel qui soit psychologique ou somatique. Donc il faut quand même l'écouter et c'est vrai que de se dire que c'est subjectif, faut vraiment en être sûr hein avant de lui dire c'est plus dur je trouve encore en fait.
Y	Moi j'ai un prat' qui dit toujours « une douleur exprimée est une douleur existante ».
J	Ouais voilà c'est ça.
Y	Si à un moment donné, il parle d'une douleur, même s'il évoque un problème à la hanche alors que c'est sa femme qui l'embête et que il déprime plein tube il a exprimé.
J	Même si c'est une conjugaupathie !
Y	Voilà une conjugaupathie, il a exprimé une douleur à un moment donné qui est un appel au secours pour qu'on s'intéresse à lui.
J	Et là, c'est quand même vraiment notre rôle quoi je trouve que c'est totalement notre rôle quoi, que tu sois à l'écoute ou même en ayant des réponses même si c'est juste plus clair enfin même l'écoute je trouve ça.
Y	C'est dur parce que c'est extrêmement chronophage d'aller gratouiller autour de la douleur, comment ça se passe avec votre femme vos enfants...
J	On adresse peut être pas assez vers les psychiatres en fait.
	<i>-Rire général-</i>
Y	Déjà quand t'as dit psychiatre au patient euh.
J	Ouais c'est pas faux.
N	Ouais, ça tilte.
A	Psychologue ça peut, peut-être un peu euh.
Y	Ca je trouve, ça fait partie de la consultation douleur chronique, c'est d'aiguiller un patient sur peut-être que votre problème a une composante psychologique énorme
A	Ouais il y a une part.
Y	Et c'est assez dur, moi j'essaie de les amener à le faire par eux-mêmes mais euh clairement on est pas formé sur ça, à aucun moment donné.
N	Mais comme tu l'as dit, l'écoute, je pense c'est déjà super important pour eux, enfin c'est vrai que finalement tu leur accordes du temps, où ils expriment ce qu'ils ressentent, moi encore une fois je parle du côté hôpital parce que je n'ai pas encore fait de stage chez le prat'.
J	Moi je pense encore plus à l'hôpital quand.
N	Si tu prends vraiment 5 bonnes minutes pour écouter leur douleur.
J	Ils sont contents je pense.
N	Enfin je sais pas moi j'ai l'impression que tout de suite, ça va mieux quoi, parce que je revois un cardiologue qui rentre et donc qui fait toute la partie cardiaque et après le patient dit qu'il avait mal, qu'il avait des cervicalgies chroniques et là tout de suite « non non mais je vous arrête Monsieur, moi je suis cardiologue euh vous avez vu tous les médecins possibles et inimaginables, c'est pas moi qui vais régler votre problème ». Et donc le patient s'est tout de suite fermé, il avait plus envie de lui parler ni de ces problèmes cardio et quand je suis repassée

	après pour lui reparler de sa douleur, rien que d'en parler ça lui a fait euh.
J	Finalement ton statut d'interne là, est finalement là pour le coup, plus avantageux parce que t'avais pu prendre du temps en plus dans le service.
N	Ouais mais c'est pas toujours le cas.
Y	Et puis toi tu te dis « moi je suis pas cardiologue ».
N	-Rire-
N	Moi je suis pas cardiologue.
Y	La douleur chronique, qui est ce qui est censé la manager ?
N	Bah je pense que c'est nous.
Y	C'est nous en grande partie, un peu les rhumatos
N	Ouais.
Y	Parce qu'on les adresse quand même souvent au rhumato pour euh, en se disant « putain est-ce que je ne suis pas passé à côté d'un truc ? ».
J	Ouais ou qu'on propose des infiltrations ou les techniques un peu.
Y	Les techniques un peu pointues et puis sinon euh la consultation douleur euh moi j'en vois pleins qui n'y passent pas.
N	Après nous la semaine, je sais plus c'était il y a deux semaines où on a eu une réunion où on a parlé de soins palliatifs et de douleurs. Et, il y a quand même une équipe mobile sur Chambéry ils nous ont quand même.
A	Ils sont assez présents.
N	Ils étaient vraiment présents, ils étaient bien à l'écoute, ils nous ont bien donné les clés finalement les bons interservices à faire, mais qu'ils étaient quand-même disponibles. Et c'est vrai qu'à chaque fois ils viennent, ils t'aident à modifier les traitements de morphine et puis tout le reste, ça c'est vrai que c'était, ça m'a fait du bien cette formation d'une heure parce que du coup tu te sens moins seule quoi.
Stéphanie	Qu'est-ce qu'ils t'ont apporté enfin, du coup quelles réponses?
N	Des trucs assez concrets euh, mais après c'est pas sur le chronique c'était plutôt des douleurs aiguës ou des fins de vie sur quoi on a parlé mais c'était des... Il y avait des trucs concrets de posologie de comment faire les titrations et euh de comment faire aussi des protocoles pour la nuit si jamais il se passe quelque chose pour les internes de gardes ou, enfin de prendre tout en charge cette douleur et c'était euh, ils étaient, il y avait donc euh.
A	Dr XX.
N	Ouais et puis c'était une anesth je crois l'autre.
A	Une anesth réa qui était spécialisée dans la douleur.
Marine	C'était une formation ?
N	C'était une réunion en fait, entre midi et deux, où tous les internes de médecine gé étaient invités à y aller, et au final on était quoi, on était 15-20 et j'ai trouvé ça bien moi, enfin je sais pas si euh.
Stéphanie	Du coup ça a mis, ça a un peu formalisé le côté thérapeutique un peu difficile, les morphiniques tout ça tu disais que c'était difficile ça euh.
N	Ben ouais, ouais ouais clairement, quand les infirmières elles viennent « je fais quoi ? je lui ai déjà mis ça ? ».
Stéphanie	Hum.
N	Et bah j'en sais rien ! -Rire de N-, il faut essayer de ...attends attends pousse ! J'appelle un ami parce que là, je sais pas ce qu'il faut faire de plus et euh de savoir que t'as cette équipe qui est vraiment spécialisée là-dedans et qui est apte à se déplacer assez facilement dans les services, ça m'a vachement rassurée moi.
Stéphanie	Le fait de moins se sentir seule.
A	Ouais.
N	Ouais, te sentir accompagnée parce que, moi-même, si je suis d'accord avec toi, c'est à nous de le faire tout ça, mais comme on est en formation et on est en premier semestre je me sens pas capable du tout de le faire et de savoir qu'il y a quelqu'un de spécialisé là-dedans moi ça m'a rassurée.
Y	Oui quand je dis c'est à nous de le faire, je te disais pas ça dans le sens c'est à nous de le...
N	Oui mais c'est une compétence qu'on doit avoir à la fin quoi.
Y	C'est à nous de le faire et mine de rien, on se sent tous mauvais là-dedans parce que c'est...
N	Et puis c'est assez tabou hein des fois j'ai l'impression quand même.
Stéphanie	De quoi ?
N	Le fait de parler de la douleur chronique et de sa prise en charge si on est, comme t'avais dit, si on est efficace ou pas et t'es mauvais, t'es mauvais euh, je trouve que c'est assez tabou d'en

	parler entre... en tout cas entre médecins.
A	C'est...
Y	Ouais et puis quand tu dis que t'as un douloureux chronique.
Marine	Parce que tu veux dire quoi par là, c'est ton ressenti par rapport au patient douloureux chronique?
N	Ouais en hospitalisation.
Marine	Et t'as l'impression que les autres aussi se sentent mauvais par rapport à ça c'est...
N	En hospitalisation ouais clairement, et puis pas concerné des fois aussi enfin vraiment, de refiler le bébé un peu tout le temps et puis pas à l'aise. C'est vraiment que c'est un peu le sujet tabou, on a vu son souci majeur et après il y a sa douleur chronique, faut en parler mais après c'est en hospitalisation c'est pas pareil chez le prat'.
Marine	Justement par rapport aux émotions, aux ressentis que vous pouvez avoir par rapport à ces gens-là, ces personnes-là ?
A	Bah un peu désemparée hein.
N	Moi j'aime pas du tout.
A	Ouais, parce qu'on est vraiment face à leur souffrance, parce qu'on voit qu'ils souffrent mais euh on n'a pas grand-chose à leur proposer de plus.
C	Moi j'ai l'impression d'être toujours euh, je pense ça va me passer hein, avec l'expérience mais d'être toujours trop pleine d'espoir, en fait.
A	Ouais, ouais.
C	Je passe beaucoup, beaucoup de temps avec les gens, d'ailleurs aux urgences c'est nuisible hein. Mais euh les gens je suis capable de passer 1/2h dans le box du patient, ce qui est énorme et euh à discuter vraiment, comment elle est la douleur, tout reprendre en fait ! Ce que t'es pas du tout censé faire aux urgences et à essayer de faire quelque chose finalement pour aboutir à rien ou à un bolus de sérum phy en lui disant: <i>-Rire de C-</i> « j'ai un truc super, vous allez voir ! », des fois ça marche et euh je le pratique beaucoup le bolus de sérum phy et ouais, je le pratique pas mal. Je sais pas la question éthique du truc, genre...
A	Et c'est toi qui prends l'initiative de...
C	Ouais, <i>-Rire de C-</i> , je le fais beaucoup parce que quand je sais pas quoi faire je le fais.
J	Ouais mais l'écoute finalement, faire reformuler les gens ça fait peut être aussi partie de l'effet placebo.
N	Ouais parce que tu les prends en compte.
J	Ca leur fait du bien.
Y	Pour revenir à ton idée de euh, c'est pas le moment quand t'es aux urgences en fait le problème c'est que.
C	C'est pas le moment en fait !
Y	Même chez le prat', c'est pas le moment.
N	Ouais.
Y	Parce que le patient douloureux chronique, il vient rarement uniquement pour sa consultation de douleur chronique.
N	Il vient toujours pour plusieurs motifs.
Y	Il a son renouvellement pour son HTA, son cholestérol, sa thyroïde et un autre truc qui va avec machin et mine de rien quand tu te sens pas à l'aise sur la douleur chronique et hop tu récupères l'HTA, le cholestérol en disant voilà.
N	Ouais c'est concret.
Y	Toi tu sens compétent là-dessus. Tu pars sur le terrain connu et puis la partie douleur ben des fois j'ai l'impression que c'est un peu inconscient mais moi je vois mes prat quand je suis en passif.
N	Ils mettent de coté.
Y	Ils mettent un peu ça de coté hop hop hop euh.
N	Ouais c'est ce qu'on disait.
J	Il y a les associations de malades pour les douleurs chroniques, les polyarthrites rhumatoïdes, fibromyalgiques. Ca c'est pas mal une fois d'orienter les gens-là, parce que justement un moment ils peuvent se retrouver autour d'une table et en parler.
Stéphanie	Hum hum.
A	Est-ce que tu penses pas que ça va les enfermer là-dedans ?
J	Bah, moi j'avais discuté justement avec une dame qui était fibromyalgique et l'association de malades, elle avait été contente en fait parce qu'elle avait l'impression d'avoir une lumière dans le néant quoi, parce qu'elle se sentait tellement isolée avec sa maladie ses douleurs, zéro explication.
A	Ouais mais je parie que voilà, elle est sortie elle avait toujours mal.



J	Ouais, mais t'as le « vivre avec ».
N	Ouais, elle le vivait différemment.
J	T'as le vivre avec et des fois ben on sait que dans les douleurs il faut juste atteindre je sais pas.
A	Un palier supportable.
J	Voilà un palier supportable et les gens ils sont quand-même bien et ils savent, et puis quand on t'explique aussi pourquoi t'as mal, parce que souvent les gens ils savent pas pourquoi ils ont mal. Quand tu sais pourquoi t'as mal ben tu te dis : « ah j'ai mal parce que donc déjà ça va mieux ».
N	Il y avait un autre truc aussi que je suis en train de, je sais pas si ça vous est déjà arrivé mais un patient avec des douleurs chroniques qui a son traitement et toi tu veux le changer et là il te dit : « putain non, ça j'ai déjà essayé, non vraiment il faut pas mettre ça, ça marche pas, ça marche pas ».
J	Les croyances.
N	Ah ouais alors ça, à un moment, « non ça j'ai essayé et finalement ça marche pas du tout » et finalement tu te laisses presque guider par le patient quoi alors que c'est toi qui devrait décider quand-même du traitement et j'avais pas été à l'aise du tout avec ça.
Y	Bah ouais mais.
Marine	Donc assez désemparé dans, pareil la thérapeutique qui pose souci ?
Y	En même temps, lui est quand même plus à l'aise que toi sur sa douleur quoi.
N	Pendant l'ECN ou la D4, où on apprenait les tableaux d'antalgiques et puis les équivalents de morphine, moi franchement ça me faisait chier hein je le dis clairement.
A	-Rire-
N	J'étais pas du tout à l'aise et puis apprendre euh.
A	-Rire-
N	Non mais c'était horrible et du coup c'est vrai que j'ai toujours un peu passé. C'est pas dans l'écoute de la douleur, parce que moi c'est un truc que j'aime bien finalement, laisser le patient parler et puis exprimer. C'est vraiment juste dans la thérapeutique spécifique comment améliorer son truc, ouais ça je suis en difficulté.
J	Et puis savoir dépister le syndrome dépressif qui va avec, parce que les gens deviennent pas mal dépressif avec la douleur et là aussi on a d'autres réponses quand même à leur apporter même si c'est plus la douleur dont il s'agit mais...
Marine	Et ça, tu te sens pas à l'aise avec ça?
J	Ah ouais je trouve ça difficile en tant qu'interne de démarrer un traitement antidépresseur ou...
Stéphanie	Hum hum.
J	Dire aux gens : « bah écoutez, je pense qu'en plus de votre douleur, il y a quand même une dépression qui s'installe et ça serait peut-être bien d'en parler etc. ». Ca c'est, je trouve que c'est pas facile hein.
Stéphanie	Que ce soit dans le dépistage et dans la thérapeutique ?
J	Ouais, savoir quand est-ce qu'on commence.
N	Ouais, savoir quand est-ce qu'on commence.
J	Et ça, en cabinet je ne l'ai pas encore fait hein, débiter un traitement.
N	Ouais à l'hôpital c'est avis psy, même si c'est l'infirmière de psy qui passe euh.
C	Jamais je me suis dit, enfin toute façon en urgence jamais je commence le traitement antidépresseur ce soir.
J	Ouais c'est vrai que toute façon aux urgences.
C	Donc c'est avis psy et on verra demain, il n'y a jamais d'urgence.
J	Souvent, toi tu peux commencer un traitement antidépresseur et là quand même tu te dis quand ?
A	Moi je trouve que c'est un peu la solution de facilité de dire que voilà, il y a une part psychologique c'est sûr, mais de là à mettre des traitements pour, je sais pas quelque part on a envie de médicaliser tout et...
N	Ouais mais si ça fonctionne !
J	Ouais mais sur un syndrome dépressif tu peux quand-même l'isoler dans ton interrogatoire, à un moment donné, les gens ils te le disent aussi enfin.
Y	A un moment donné, si tu es inefficace sur la douleur, au moins tu peux être un peu parachute sur le reste quoi et.
J	L'insomnie, la dépression, ça c'est des choses que quand-même.
Y	Le truc qui arrive souvent chez le douloureux chronique, la conjugaupathie qui va avec...
J	Ouais tout le versant social, le travail.
Y	Ouais voilà, et après si t'arrives pas à l'empêcher de chuter, tu peux au moins essayer de ralentir euh, pas le laisser s'écraser au sol.

N	C'est vrai que, quand le traitement antidépresseur... de le commencer, ce qui est difficile tu sais que tu pars pour 6-9 mois et.
A	Et que tu peux pas l'arrêter.
J	De toute façon, c'est un suivi et c'est ça aussi qui est difficile en tant qu'interne. C'est souvent que tu es là un peu de façon ponctuelle et que c'est des gens qui va falloir suivre les accrocher, les motiver. L'interne il vient un peu de passage quoi.
N	Ouais.
J	Donc même s'il est content de te voir, est-ce que t'es vraiment utile pour lui à ce moment-là parce qu'il a besoin de quelqu'un qui va le suivre longtemps ?
Y	Qui le connaît ouais.
N	Ouais.
J	La question est-ce qu'il le connaît etc. ? Et quel crédit tu as toi, face à ta faible expérience alors qu'il y a des gens autour qui sont plus expérimentés ?
Y	Hum, il te le dit « ouais mais vous me connaissez pas ».
J	Voilà le problème !
Marine	Ok, donc là au niveau des thèmes, on a abordé pleins de choses hein, pleins de bonnes idées, notamment sur les thérapeutiques. A priori, vous êtes tous d'accord pour dire qu'il manque de formation là-dessus, sur les diagnostics. Est-ce que vous avez des choses à rajouter? Est-ce que vous avez des problèmes dans le diagnostic de ces douleurs?
A	Bah on est souvent dans le flou.
C	Souvent on sait pas pourquoi il a mal.
Y	C'est souvent ça la question qui est difficile.
J	Moi la question « pourquoi j'ai mal » quand même euh...
Marine	Est-ce que vous savez étiqueter toutes les douleurs chroniques, est-ce que...
Y	Voilà, c'est surtout que nous on veut toujours a priori toutes les étiqueter quoi. C'est le grand échec du milieu médical de pas être capable de sortir un grand syndrome.
J	De la fibromyalgie à la douleur cancéreuse, à quelque chose qui est vraiment bien compris.
Y	Voilà, la jeune qui a des douleurs qui lui prennent un scalp ou un hémi scalp, fulgurantes et tout, on l'écoute, on lui dit c'est une névralgie d'Arnold et avec ça, on est super quoi ! Et là t'es content, en tant qu'interne, t'as mis un nom sur la douleur, t'es incapable de la traiter mais déjà t'as mis un nom tu te sens bien. Quand t'arrives même pas à mettre un nom dessus, ben je trouve que tu te sens pas bien parce que t'es dans un flou entre 2-3 items.
J	Et les gens non plus ne sont pas bien.
Y	Voilà c'est ça, ils aiment pas parce que tu ne leur as pas donné de nom.
C	C'est le patient qui te met en échec, parce que toi des fois t'as ton patient, il vient, il a mal, tu lui mets un antalgique, il a plus mal. Tu fais tous les examens, tu sais pas pourquoi il a mal et puis tu dis « bon bah, c'est bien vous avez plus mal, vous pouvez rentrer chez vous, les examens sont normaux ». Et il te dit ouais mais qu'est-ce que j'ai ?
J	...
C	Vous avez plus mal et vous avez rien et il est pas satisfait, il te dit : « oui mais qu'est-ce que j'ai ? ».
Y	Ouais.
C	Et il insiste, il insiste. C'est lui qui te met en échec quoi ! Toi finalement t'as quelqu'un qui va bien.
A	Au revoir !
C	Ouais.
J	Ouais ou tu crains de passer à côté de quelque chose de très grave, tu te dis : « si jamais c'est un cancer et je passe à côté, on n'est pas dans la merde ». Parce qu'il y a ces histoires-là malheureusement, de gens qui ont mal pendant des années, pas de bol.
C	Pas de bol c'est un cancer.
J	C'était le cancer.
C	Ouais j'en ai eu un, j'ai une histoire comme ça, euh la semaine dernière quoi, un mec aux urgences qui vient pour tentative de suicide et euh douleurs chroniques étiquetées psy par le médecin traitant depuis des années. Et euh finalement il avait quand-même un peu mal partout et euh body scan : découverte de métastases sur tout son corps.
A	Oh putain !
J	Ah ouais donc euh là non mais voilà, c'est ça, c'est le cas qui.
C	Ca c'est terrible.
J	Je pense qui fait peur à l'interne.

C	Dans la nuit aux urgences quoi.
J	De passer à côté.
Stéphanie	La peur de louper quelque chose
J	Où toutes les métastases y étaient.
Y	Ce qui est rigolo, c'est que nous on fait souvent des consultations de suivi. J'en vois pleins des consultations de suivi un peu désorganisée et rarement le prat' dit « allez dans 15 jours on se voit, on se fait une grosse consult', où on remet tout sur la table, on réévalue tout ». Ca c'est un truc qu'on nous apprend pas à faire, à un moment donné, savoir poser l'indication d'une vraie consult'. Enfin, on adresse à la consult douleur, mais on ne sait pas nous même dire « bon allez stop on arrête tout là. On pose tout sur la table, on évalue à partir de zéro. On reprend tout ce qu'on a fait, on corrige notre copie et puis ».
Stéphanie	De pas savoir refaire le point ?
Y	Ouais voilà.
Stéphanie	De pas réévaluer sa pratique.
Y	Et puis moi comme je suis en actif et que j'en revois des fois une semaine sur l'autre, parce que j'aime bien les revoir. Souvent sur la douleur chronique j'ai l'impression de m'enliser et de pas arriver à faire le point. J'aimerais bien pouvoir être capable de faire une synthèse, à un moment donné enfin une synthèse des douleurs chroniques quoi.
Stéphanie	Et ça t'as l'impression que c'est ton statut d'interne qui te l'impose au final le fait de pas pouvoir faire le point ?
Y	Non c'est pas tellement mon statut d'interne qui me l'impose, c'est le manque de formation euh l'incompétence complète de, enfin je sais pas bien faire ça du coup, je le fais pas parce que quand on se sent vraiment pas compétent sur un truc euh.
Marine	La formation sur ?
Y	Sur apprendre, pas forcément, parce qu'on nous apprend tous à dépister un mec qui deviendrait douloureux chronique, le suivre adapter les traitements. Mais on nous apprend rarement à attraper un patient douloureux chronique qu'on connaît pas bien, et refaire le point. Refaire le point. Parce que souvent on...
A	Ouais on se dit que tout a été fait.
Y	Voilà, on part de ce qui a été fait, on continue avec la même voiture sans se dire « est-ce qu'il y a pas des pièces du moteur à changer ? ». Et on ne fait pas des bonnes synthèses, là où les autres se sont enlisés, on s'enlise encore plus.
Stéphanie	J., toi t'es d'accord ?
J	Ouais il y a un DU sur l'évaluation de la douleur, la prise en charge de la douleur, je ne sais pas s'il est accessible aux internes, c'était ça ma question ?
Stéphanie	Je sais pas.
J	Parce que j'ai regardé la sur les DU à Lyon, et des fois c'est accessible aux internes, je me demandais si c'était...
Y	C'est vrai.
C	Je crois parce qu'il y a un DESC de soins palliatifs-douleur aussi.
J	Ouais, il y a un DESC de soins palliatifs ouais
Marine	Donc au niveau formation justement, est-ce que vous auriez des idées sur comment améliorer votre formation ?
A	Bah un stage de douleur-soins palliatifs, ça serait pas mal hein, au moins qu'on reste au moins deux semaines chacun.
Marine	Donc pour toi, c'est plus un stage ?
A	Ouais.
N	C'est la pratique de toute manière qui manque, parce que la théorie on est quand-même censé plus ou moins l'avoir hein ?
	-Silence-
N	Manipuler quoi, manipuler au maximum.
Y	Une consultation, enfin pour être fort en douleur, il faudrait à la fois des formations hyper basiques sur la pharmacopée, introduire les traitements, gérer les traitements et puis il faudrait une bonne part de comm' aussi, savoir cadrer en consultation un douloureux chronique. Quelles questions sont pertinentes? Qu'est-ce qui sert à rien? Non mais voilà
C	Dépister le manipulateur.
Y	T'as une partie pharmacologique pure et puis t'as une partie un peu shaman euh communicant, leur tirer les vers du nez.
N	Et puis après c'est comme tout quoi, t'es plus, t'es à l'aise enfin tu deviens à l'aise, quand tu en vois beaucoup quoi donc il faudrait en voir régulièrement.

J	Pour revenir aussi sur l'intérêt des maisons de santé aussi, peut-être parce que ce qui est pas mal à la mode en ce moment c'est les maisons de santé et peut-être ce qui serait bien, ça serait de bosser en équipe.
N	Hum.
J	Bosser soit avec les infirmières qui font le relais des traitements, les kinés...
N	Qui n'ont pas le même retour que nous sur la douleur.
J	Voilà, appréhender le patient d'une autre façon.
Marine	Ca, c'est du point de vue du médecin généraliste ?
J	Ouais l'interne aussi du coup, parce qu'on fait des stages, ça peut s'appliquer aussi à nous.
Stéphanie	Et tu disais parler de la psy un petit peu, enfin t'avais l'impression de pas être trop à l'aise ?
J	Ouais, ouais peut-être aller voir un petit peu du côté des psychiatres, voir comment eux ils appréhendent ça.
Y	Moi, c'est une question que je me pose souvent quand j'envoie le patient au psy pour des trucs complètement pourraves.
	<i>-Rire général-</i>
Y	Enfin pas pourrave, mais on peut dire comme ça, oui non mais si, faut le dire pour nous c'est une part un peu pourrave, euh tu te dis : « je lui ai adressé ça, qu'est-ce qu'il va en faire ? ».
A	T'arriveras toujours à trouver quelqu'un, euh quelque chose
Stéphanie	Qu'est-ce qui fait que tu dis que c'est pourrave en fait ? Pourquoi tu dis que c'est pourrave ?
Y	Ab bah c'est pourrave parce que moi j'atteins la limite de ma compétence et le problème, c'est que...
Stéphanie	Parce qu'en fait tu ne sais pas donc c'est pourrave quoi, en fait c'est ça du coup ?
Y	Ouais voilà.
Stéphanie	Ca t'échappe complètement ?
Y	Voilà c'est que, non quand je dis que c'est pourrave, c'est on a tourné autour des traitements qui marchent un petit peu mais pas bien. On n'est pas satisfait de nous, le patient est pas satisfait de nous et puis euh, on a envie de botter en touche parce que c'est chiant d'être tenu en échec euh. Enfin moi je sais quand je sors d'une consultation douleur chronique j'ai envie de prendre un café hein !
	<i>-Rire général-</i>
Y	Non mais c'est vrai, t'as pas envie d'aller voir le patient suivant et tu te dis si le deuxième c'est un douloureux chronique euh pff !
J	Il vaut mieux orienter vers un autre, c'est une réussite en un sens parce que t'as permis au patient de se mettre en contact avec quelqu'un qui a les compétences.
Y	Ben je vis toujours très mal les choses, envoyer le patient en consultation douleur, moi c'est que tu as échoué.
N	Ah moi je ne suis pas d'accord avec toi, non moi justement ils sont beaucoup plus compétents et le patient sera mieux pris en charge par quelqu'un qui a l'habitude et qui est au taquet.
J	Finalement c'est un échec, si t'as pas diagnostiqué toutes les métastases qui sont les causes de ses douleurs, mais sinon c'est une réussite.
Y	Ouais mais tu vois, comment, par exemple, le patient qui a besoin de voir un chirurgien parce qu'il a une indication chirurgicale : t'es pas tenu en échec, tu peux rien faire pour lui mais tu sais que t'as pas le matos, que tu peux pas faire les choses. Le patient douloureux chronique et ben tu sais que le mec qui va passer derrière toi, il a probablement plus de compétences pharmacologiques et tout, il a pas plus de matos tu te dis : « mais à un moment donné, c'est quoi ce shaman qu'il y a après moi, qui est capable de tout faire là, ou moi je suis pas capable alors qu'il a toujours 10 doigts quoi ? ».
C	Ouais mais toutes les spés c'est pareil, quand t'adresses à un gastro ou un cardio.
N	Bah ouais c'est pareil.
C	C'est juste qu'il connaît les noms des trucs à prescrire, des bilans à prescrire et...
Y	Il y a souvent des trucs assez, quand t'adresses au cardio, tu fais une épreuve d'effort, un ECG machin et tout, une écho cœur. Tu sais que derrière il y a une prise en charge qui est assez lourde alors que moi tu vois quand j'envoie le patient à la consult de douleur chronique je me dis : « au mieux il a 2-3 échelles de douleurs qu'il utilise, que je pourrais aussi bien, si j'apprenais à les manier, je pourrais aussi bien les utiliser. J'ai pas besoin d'une machine ». Euh tu vois.
J	Tu restes dans l'évaluation en fait de ta douleur, quand tu penses au truc de la douleur en fait, quand tu dis il a 2-3 échelles parce que tu restes dans l'idée d'une évaluation.
Y	Bah moi je me dis que le mec derrière moi...
J	Et du coup tu te dis il n'aura pas de réponses.
Y	Le mec derrière moi il va essayer de structurer, faire une synthèse, tu vois repartir euh justement,

	faire cette synthèse que je ne suis pas capable de faire mais moi ce que je trouve frustrant c'est le fait de se dire que...
A	T'aurais pu le faire ?
Y	Voilà ! Qu'en fait si j'étais formé je pourrais faire tout ça, et.
J	Et pourquoi tu le fais pas alors ? Si tu penses que c'est juste finalement que t'es pas mal formé.
Y	Ah bah si justement moi je me considère mal formé.
Marine	Alors c'est quoi tes attentes pour justement être bien formé ?
Y	De... comment... pas des modules spécifiques mais des cours spécifiques même des séminaires sur la douleur chronique, où on va manger du cas clinique euh, où il y en a un qui fait le patient où t'as une part objective, on te donne une ordonnance, l'autre en face il a un syndrome douloureux et voilà qui est quand-même posé et toi en face, à la fois, tu vas devoir te concentrer sur une partie très pharmacologique avec son ordonnance euh qu'est ce que j'en fais machin. Et tout et d'une part apprendre à gérer un petit peu au niveau comportemental.
J	C'est vrai que des cas concrets ça serait bien, parce qu'il y a quand-même.
Y	Voilà, structurer une consultation.
J	Pleins de profils de personnalités différentes dans les douleurs, parce que la douleur chronique ça regroupe tellement de choses donc tellement de patients différents, que des cas concrets ça serait bien pour justement dire : « bon bah là, vous allez partir du côté un peu paramédical, parce que vous avez besoin de ça, vous avez besoin de ça, vous avez besoin de kiné, vous avez besoin de cure, vous avez besoin de faire... Là, vous allez plutôt partir sur euh bah le traitement antalgique, les morphiniques et tout. Et puis là bah non, je pense que c'est plutôt le versant psychiatrique voilà, vous êtes en arrêt de travail finalement, vous avez un bénéfice quand même vous êtes bien placé en tant que victime, finalement ça vous va bien etc. ». Essayer d'avoir un peu tout le panel euh...comprendre un peu toutes les personnalités possibles devant.
Stéphanie	Tu parles un peu de formation psychiatrique ?
J	Bah psychiatrique, la cancéro aussi parce que voilà, tout ce qui va être rhumatisme inflammatoire, c'est quand même pourvoyeur de douleurs chroniques, les polyarthrites rhumatoïdes, ça fait super mal et pendant des années et des années, c'est des personnalités bien à part. La fibromyalgie c'est encore voilà, toutes les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin, c'est pareil c'est des gens qui ont super mal au ventre pendant des années, on a jamais de réponse pour eux enfin c'est super vaste quoi la douleur chronique.
A	En fait, ce que tu voudrais c'est qu'on nous donne un tableau avec des cases mais je pense que ce n'est pas...
J	Ah non, non, c'est impossible donc c'est pour ça, c'est dans la formation il faudra voir quand-même quelques cas concrets mais euh c'est sûr que t'auras jamais euh.
Stéphanie	Des petits éléments en tout cas.
J	T'auras jamais la réponse pour chaque personne hein, c'est clair que individuellement.
A	Ouais c'est ça en fait, faudrait qu'on nous apprenne les points d'appel : qu'est-ce qui fait que ?
J	Que j'ai une réponse à donner, enfin.
J	Mais bon la psychiatrie, ça paraît important.
Y	Moi j'avais bien aimé le séminaire « comm 2 » où comme ça, on faisait des petits jeux de rôles et euh...
	<i>-Rire général-</i>
Y	Et mine de rien, le jeu de rôle et ben c'est pas mal dans le sens où t'as une partie qui est très scientifique, une ordo.
N	Je déteste ça !
	<i>-Rire général-</i>
C	J'ai horreur de ça !
J	Je trouve qu'on est jamais, jamais spontané et t'as peur de te faire démonter quoi, parce que si t'as le malheur de faire le médecin, alors là, mais tu te fais démonter quoi mais à tous les coups !
N	Ouais.
J	C'est une horreur, tu ne trouves pas ?
N	Et puis on est là pour faire de la médecine, pas pour faire du théâtre !
Marine	Alors toi ça serait plus des cours théoriques alors ?
J	Non, des cas concrets, c'est-à-dire : soit filmer des consultations, parce que moi je pense que filmer des consultations, c'est génial. A mon avis, c'est ce qui apporte le plus. Parce que les consultations, quand ils parlent ils apportent tellement de choses. Il y a le non verbal comme on dit et il y a le verbal etc. Ou alors, retranscrire avec des cas concrets avec des suivis des trucs un peu complexes : « à la consultation j'ai vu ça, il revient deux mois après il avait ça etc. », des gens qui sont suivis sur des années pour qu'on puisse se dire « ah ouais tiens ça me rappelle

	quelqu'un, finalement sur deux ans, quand on l'a suivi, ça a donné ça, ça rappelle cette histoire-là, donc je vais pouvoir aller chercher ça et ça pour lui ». En fait c'est ce qui donne de l'expérience, c'est ce qui donne euh voilà, en gros comment on va se faire notre expérience.
Stéphanie	Prendre l'expérience de l'autre pour faire un peu.
J	J'ai suivi quelqu'un pendant dix ans, il avait ça, il a évolué comme ça. Psychologiquement, il a fait un syndrome dépressif, il a divorcé, il a perdu son boulot nin nin nin...
N	Après, juste faire un rappel de cours au début, moi ça m'irait bien comme un rappel de cours.
J	Et là tu deviens compétent parce que tu sais comment ça se passe.
N	Après, peut-être que, que c'est parce que je suis en premier semestre et du coup je suis un peu plus jeune, mais de partir d'un cas et de poser des questions comme tu viens de dire, c'est vrai que c'est bien, mais moi un rappel de cours clair et précis.
J	Sur la thérapeutique?
N	Ouais ça ferait pas de mal parce que, au final, on en a eu des cours, mais ce n'était pas quand on les manipulait les médicaments et maintenant qu'on les manipule, t'écoutes pas pareil je pense, tu ne reçois pas pareil les informations.
Y	T'avais eu la même formation que moi, c'est-à-dire que les cours douleur et tout, tu les as, t'es en D1.
N	Tu t'en fous quoi c'est
J	T'es allé en cours déjà, c'est bien!
N	Ouais!
	-Rire général-
J	Tu y as été, bravo !
Y	Non mais ça t'intéresse pas, parce que...
N	Parce que ça te parle pas.
Y	Et euh quand tu les vois ces patients douloureux chroniques, t'as toujours un chef derrière qui reprend la main tout de suite, parce qu'il sait que ce n'est pas ton domaine.
J	Et aller voir des associations de malades, je me souviens qu'on avait fait une journée avec une dame qui avait une polyarthrite rhumatoïde, en tant qu'externe et on l'avait rencontrée, donc on était 5 externes et elle avait expliqué les déformations de ses mains, les problèmes, ses traitements, comment est-ce qu'elle avait en hôpital de jour, comment ça se passait avec sa famille, nin nin. C'était super intéressant de voir que finalement, on avait très peu de sa vie de tous les jours, vu qu'on connaît très peu sur sa douleur. Peut-être aller voir des associations de malades, voir les gens discuter entre eux et puis le côté subjectif, enfin, imaginaire qui sont au dessus de la médecine. Qu'on rentre dans leur versant à eux, s'approprier un peu leur maladie etc. etc. Rencontrer des gens fibromyalgiques, je pense que ça peut être super intéressant parce que à mon avis, ça doit être un panel de douleurs ressenties.
Y	On est peut-être un petit peu à côté de la plaque. On a jamais de formation sur la douleur chronique parce que c'est difficile de trouver un prof qui va te faire un power point sur ses échecs perso!
Y	Et qui va dire « bon, écoutez le cas de mon plus gros échec, donc lui donc je ne sais pas quoi faire pour lui »
A	-Rire-
Y	Y'en a ! C'est dur, on nous présente toujours les grands professeurs universitaires qui nous disent euh : « regardez, on lui a trouvé telle maladie super rare, il a un.. »
J	Ouais les histoires de chasse, quoi du coup !
Y	Ouais les histoires de chasses à la con, en fait il avait des métas. Ah bah ouais mais pour celui qui avait des métas, il y en a 99 qui ont pas de métas, qui ont juste une foutue douleur chronique. Sauf que celui-là, il va pas te le présenter parce que c'est pas, je sais pas comment dire mais on va dire que c'est pas un cas noble. Les cas nobles, c'est ceux où on a mis un nom et un traitement miraculeux qui l'a guéri. Et la douleur chronique, faire un power point sur la douleur chronique, ce serait fait par un mec qui dirait « oui bon bah lui j'y arrive pas hein, voilà où j'en suis et toc, euh lui bah j'y arrive un peu, hum c'est pas mal, euh lui bah j'ai mis dix ans, en plus j'y suis arrivé et... ».
J	Et à Aix les bains aussi, il y a les cures thermales, aller voir les gens aussi en cure thermique, c'est super intéressant de les voir parler de leur douleur.
Marine	Et toi du coup qu'est-ce que t'attendrais de ta formation ? En plus, si il y a des choses à rajouter ?
C	En plus ?
Marine	Est-ce que tu as des idées ?
C	Euh non je ne sais pas, mais j'ai l'impression que c'est tellement vaste la douleur chronique que c'est une spécialité en plus, en fait, c'est comme si je disais euh « j'ai envie d'être formée à la

	psychiatrie ». Enfin j'ai des bases de psychiatrie ouais, mais je me sentirais jamais psychiatre. Enfin je demanderais toujours un avis psy à des gens plus...
Marine	Après là, c'est vrai que là, vous avez évoqué pleins de difficultés et c'est vrai que la Médecine Générale de toute façon, t'auras toujours des patients douloureux chroniques. Donc, qu'est-ce que pour toi, tu attendrais de ta formation pour pouvoir être, ne serait-ce que pour qu'au départ de manière primaire, tu pourrais le prendre en charge ce patient douloureux chronique ?
C	Non, je sais pas enfin, j'ai trop peu d'expérience euh. Je sais même pas aujourd'hui si tu me mets un patient douloureux chronique dans un service avec un peu de recul ce que je fais. Parce que vraiment j'en ai jamais... à Marseille on a un externat inexistant on ne rencontre pas de patients enfin ou très peu quoi. Donc après euh là c'est vraiment euh tout ce que j'ai vu c'est des patients aux urgences quoi, donc aucun recul. Et c'est vrai que c'est un peu difficile, le recul enfin d'envisager une vraie prise en charge sans recul mais après euh ouais non la je sais pas.
N	Moi je pense que c'est à la fois une partie théorique euh puis pratique comme elle disait, enfin faire des choses vraiment théoriques, des power point, des cas machins et après de faire un stage euh pas forcément long d'une semaine ou deux avec des gens qui sont spécialisés dans la douleur ça serait bien.
Marine	Donc de passer dans certains services.
N	Non mais pas forcément passer six mois parce que c'est beaucoup trop mais euh parce que sinon on finirait l'internat à 40 ans.
C	Ouais faudrait qu'on fasse un stage d'un mois deux mois trois mois obligatoire en Psychiatrie.
N	Mais euh.
A	Psychiatrie-douleur.
Y	Moi, ce que je trouve chiant avec, c'est que...C'est quand-même récurrent comme motif de consult' en Médecine Gé et c'est con d'être aussi mauvais sur un thème récurrent quoi. C'est, enfin moi c'est ça qui m'énerve chaque fois quand je vois « douleur chronique », je me dis merde ! Mais en fait ce n'est pas parce que, c'est con. Parce que je me sais incompetent mais ça me fait plus mal que dans une autre spé parce que pour moi la douleur chronique c'est ma spé.
J	Ouais mais parce que pour toi elle n'existe pas la douleur chronique en fait ?
Y	Si !
J	Elle devrait pas exister en fait, si tu dis que t'es mauvais, c'est parce que tu n'arrives pas à la traiter en fait, t'arrives pas à la...
Y	Non, ouais c'est comment te dire ça.
J	A la faire taire quoi en fait.
Y	C'est pas parce que, non le fait qu'il y ait une douleur chronique en elle-même euh, me choque pas, parce que je sais qu'il y a des douleurs qu'on ne fait pas disparaître. Ce qui me fait chier, c'est de me dire euh, ça appartient à ce que je suis censé très bien maîtriser pour moi la douleur chronique, que je serais censé très bien maîtriser parce que c'est un thème récurrent de consult euh. C'est comme si t'es pas bon en rhumato, voilà, en rhumato de base euh, la dermato de base, des trucs tout cons tu vois, qu'on voit très très régulièrement euh. C'est, pour moi, pas savoir gérer la douleur chronique en étant Médecin Gé, c'est comme pas savoir gérer l'HTA en étant Médecin Gé, c'est honnêtement, ça me fait chier parce que je me dis celui-là c'était mon job, celui là j'ai pas forcément à l'adresser au spécialiste, j'ai pas de grands examens complémentaires à lui faire forcément euh voilà et j'ai pas un truc où il manque le matos euh je suis pas obligé de lui faire un fibroscope ou je sais pas quoi...
J	Tu ne peux pas te cacher derrière un truc.
Y	Voilà tu peux pas te cacher derrière le « je vais vous adresser au spécialiste, parce qu'il y a des choses que je peux pas faire, parce que j'ai pas le matos ou parce que c'est ultra spécifique ». J'ai l'impression que, c'est que ça se fait avec ses dix doigts et donc je suis censé être capable de le faire, la tension j'arrive à la faire avec mon stétho et mon brassard à tension. Bah la douleur chronique j'aimerais bien être compétent là-dedans, parce que si t'enlève la douleur chronique de tes consult' de Médecin Gé, bah ça t'enlève pas mal de patients hein voilà, moi ça me fait chier parce que pour moi c'est mon job ! Je suis mauvais dans mon job.
Stéphanie	Pour reprendre ce que tu disais toi, aller voir des kinés tout ça, voir des cures, t'as l'impression qu'échanger avec le paramédical, ça pourrait t'aider?
J	Ouais, oui oui parce que souvent les gens, ils ont quand même un circuit dans ce coté paramédicaux quoi c'est clair. Du coup, est-ce que ça pourrait être pas mal justement, pour se faire une expérience se dire : « bah oui je veux voir le parcours des gens ce qu'ils endurent euh, leur vécu. Il faut, comment ils vivent aussi le contact avec les médecins ». Parce que ça c'est souvent : « oh bah mon médecin il me comprend pas ». C'est souvent des gens qui se placent souvent en victime quoi c'est impressionnant hein.

Y	Chopper du réflexe aussi. Moi je vois mes prat, ils m'ont forcé un petit peu au début à aller voir tout un tas de médecins, ils m'ont dit bah tu vas faire des consult' de Dermato, Rhumato. Et puis ils m'ont dit bah tu vas aller voir des consult chez...Tu vas aller voir pendant 48h des kinés.
J	T'y es allé ?
Y	Ouais j'y suis allé !
J	-Rire -
J	Et alors ?
Y	Et bah depuis que je suis passé en, depuis les 48h chez le kiné, je peux te dire que tous les lombalgiques chroniques, ils ont de la kiné. Parce que c'est un réflexe, parce que je sais ce qu'ils font et à chaque fois je me dis vous avez mal au dos? Depuis quand ? Six mois ? Hum étirement, renforcement musculaire, kiné, pam une séance ou deux par semaine toc, elle a réceptionné et c'est devenu un réflexe.
Stéphanie	Parce que tu sais ce qu'ils font.
Y	Parce que je sais ce qu'ils font, parce que je vois mon patient ou ma patiente et je l'imagine en train de se faire.
N	Ouais ça c'est important.
Y	Etirer muscler par le kiné et comme c'est très...
J	A ce moment-là, il y a aussi l'hypnose, la sophro, le coupeur de feu.
Y	Hum et comme c'est hyper concret dans ma tête.
J	C'est vachement important enfin, pour eux c'est important.
N	Et ce que t'as vu et que tu maîtrises, tu l'expliques mieux aussi et puis tu l'appréhendes mieux hein. Enfin pour la Cardio depuis que j'ai vu la pose de pacemaker, t'expliques vachement mieux au patient. Comment on met un pacemaker ou euh quand tu vois une coro. Et là je pense c'est exactement pareil, c'est quand tu sais un peu ce que les autres font, du coup tu l'expliques mieux tu l'appréhendes mieux, je pense c'est bien ça.
Y	Sauf que la kiné et les paramédic, ça fait pas l'objet d'une formation particulière en même temps hein.
J	Ouais moi je trouve ce qui n'est pas fait dans la formation de médecine, c'est quand même ça hein.
N	Ouais
Y	L'articulation avec les autres, on est mauvais en articulation avec les autres hein. Tout simplement, parce qu'on ne sait pas ce qu'ils font quoi.
N	Hum.
A	Moi je voulais juste revenir sur un truc que t'avais dit. C'est là où je suis pas d'accord avec toi quand tu dis que c'est ton truc de médecin généraliste, je pense que tous les médecins doivent s'occuper de la douleur parce qu'on est tous confronté à ça, on s'occupe tous de ça et on devrait tous s'occuper de ça. Après la douleur chronique, c'est des patients qui ont le plus de suivi finalement, c'est pas forcément les médecins généralistes, nous, les gastro, ils s'occupent vraiment des douleurs chroniques chez les patients cancéreux mais pas forcément enfin je sais pas.
Y	Le souci, c'est que ton gastro ou ton spécialiste, enfin je vois maintenant avec la pénurie de spécialistes, ton patient il va pas aller voir tous les quinze jours, le spécialiste parce que le spécialiste il le reçoit pas tous les quinze jours.
A	Ouais mais tu...
Y	Dès qu'il y a un trou entre l'articulation et le spécialiste, pouf paf le problème te revient
J	Tu peux avoir des consultations genre suivi psychologique à XX, c'est juste un suivi psychologique hein les gens ils arrivent, ils se mettent en face de toi et ils te racontent juste ce qu'ils veulent : leur douleur, leur problèmes. Euh « ouais ouais voilà d'accord » pendant vingt minutes « je vous remets à dans quinze jours ? », « d'accord ». Après voilà, toi si t'es à l'aise avec le suivi psychologique, ça peut vraiment, enfin je sais que mes maitres de stages, elles sont quand même vraiment tournées sur ça, donc euh du coup, ça se passe très bien. En tant qu'interne tu peux le faire, moi je le fais, je fais des suivis psychologiques par exemple, pour une femme qui a son mari en soins palliatifs pour un cancer du pancréas donc je la suis elle. Et elle me raconte comment son mari est en train de mourir ce qui est franchement, non c'est pas très drôle mais en fait ça lui fait du bien. Je pense que sur la douleur chronique, on peut faire quasiment les mêmes types de consultations et à la fin on essaie de mettre en place des objectifs. Donc ça, c'est un peu des trucs de communication mais voilà : « qu'est-ce que vous avez ciblé comme problème qu'on pourrait améliorer nin, sinon se revoit dans quinze jours vous me direz comment ça a été ».
Stéphanie	T'as l'impression qu'il faut des outils de communication ?
Y	Parce qu'on t'as appris à structurer ce genre de choses.
J	XX, enfin on la citera pas mais elle est quand même très forte pour ça, elle est vraiment super



	forte elle arrive vraiment euh.
Stéphanie	Ca te donne des éléments concrets euh.
J	Ah ouais, elle donne vraiment des guides de communication, de prise en charge des gens, de communication euh ouais mettre en place des objectifs euh.
Stéphanie	Ca serait une des propositions ?
J	C'est super important ! Pour la communication c'est super mal fait.
N	Les techniques de communication.
J	Les jeux de rôles, ils sont pas terribles. Par contre toutes les notions, elles sont super importantes on va les évoquer et elles sont peut-être pas super bien mises en avant. Je sais pas comment on peut faire hein, mais nous on était 35 pour le « comm 2 », là, 35 c'est pas possible hein.
Y	Pour revenir à un truc que tu disais tout à l'heure. Quand tu disais « euh c'est à force d'en bouffer, d'en voir » et bah justement moi j'ai l'impression que t'as beau en bouffer, si t'as eu une formation de départ, si tu ne sais pas cadrer les choses, si t'as pas des bases de raisonnement pour ce genre de consult', t'as beau en voir 5000, je pense tu peux rester incompetent 5000 fois quoi et que c'est pas en...
J	Mais parce qu'il faut aller chopper les maux des gens quoi, les points d'ancrage des gens quand ils disent des trucs, c'est ça qu'il faut euh essayer de retrouver en fait. Des fois ils te tendent des perches pour essayer de dérouler des trucs que ce soit pour la douleur...
Y	Ouais mais ça tu vois, tu dis : la psy, le suivi psy, t'arrives pas à le faire, pas en le faisant toi-même 25 fois, t'as commencé à voir quelqu'un qui le faisait et t'as commencé avec un œil extérieur en te disant : « putain là, elle a l'air de dire tout le temps cette phrase-là, ça a l'air de recadrer ceci, ça a l'air de faire ça ». T'as un point de vue extérieur.
J	Enfin c'est vrai que XX, elle est super forte pour ça quoi.
Y	Et voilà, pareil moi je fais des consults de suivi de grossesse beaucoup avec mes prat euh. Les premières que j'ai tenté de faire tout seul, j'étais là euh pff, c'était pas structuré et puis à force de les voir faire, au bout d'un moment tu te dis : « putain, ça c'est récurrent ça, il la pose toujours à tel moment, il est organisé, il fait ceci cela ». Et t'apprends à le faire aussi.
Stéphanie	Une espèce de mimétisme, qui au final, qui peut t'aider.
Y	Tu peux pas avoir de mimétismes si, à la base on t'a pas montré plusieurs...
J	Comme tu disais hein le Cardiologue, il se dit : « ouais moi, ça m'intéresse pas merci ». Au final toi, tu te retrouves en face du patient et tu te dis : « bon bah je vais déjà commencer par l'écouter et l'aider ». Et après j'ai pas, est-ce que t'as pas forcément tous les trucs et tout alors que tu serais avec quelqu'un qui te guide et qui t'emmène voilà, peut-être qu'on arriverait à plus de trucs.
Y	C'est ça, c'est que c'est pas la répétition d'une situation difficile sans solution qui t'aide, je trouve.
N	Ouais sans solution.
Y	Voilà.
N	Il faut avoir des clés et puis après, plus t'en bouffes et plus t'y arrives.
Y	Si tu vois quelqu'un qui a les clés et que tu vois les choses et ben très vite tu choppes des réflexes aussi.
J	Et puis tu fais moins buvard aussi.
N	Mais ouais mais.
J	Parce que souvent quand même tu fais pas mal buvard.
Y	Hum.
J	Parce que les gens qui sont douloureux chroniques, ils ont souvent une histoire qui est grosse comme le bras.
N	Ouais.
Y	C'est vrai ouais.
J	C'est souvent des histoires pas faciles et tout, et du coup là, c'est la place de l'interne dans le service hospitalier dans son ...
Stéphanie	C'est la place de l'interne de Médecine Générale dans un service hospitalier et en cabinet ?
N	L'hôpital, ça compte aussi quoi.
Stéphanie	Bien sûr, c'est du voilà, comment on est...
N	Bah seul hein à l'hôpital seul, ça si on fait pas appel à l'équipe, complètement seul moi ça c'est...
J	Je pense qu'on est beaucoup plus encadré en cabinet enfin chez le prat'.
N	Non mais carrément je suis d'accord.
	<i>-Tout le monde parle en même temps-</i>
Marine	Bon, on va stopper sauf s'il y a quelqu'un qui a d'autres choses à dire.

Marine	D'abord bonjour à tous, à toutes plutôt, pas d'hommes. D'abord merci et bienvenue à toutes. Donc moi Marine et elle, c'est Stéphanie, pour celles qui ne nous connaissent pas encore. Donc, on vous a réuni ce soir pour discuter de la prise en charge des patients qui présentent des douleurs chroniques, pour vous qui êtes internes en Médecine Générale. On sait que par notre petite expérience, à quel point il est difficile de gérer ces patients-là, et qu'ils peuvent nous mettre en difficulté pour pleins de raisons différentes et c'est ça qu'on veut mettre en évidence à travers vos expériences à vous. Quelles difficultés vous avez rencontré dans ces prises en charge-là ? Donc, il n'y a pas de hors sujets dans ce que vous direz. Euh, tout ce que vous direz sera intéressant, donc si on vous coupe la parole, ne soyez pas blessé ou offusqué, c'est juste qu'on veut recentrer le débat sur le sujet précis. Euh voilà, la discussion est enregistrée par deux appareils. On considère que l'on a votre accord pour la retranscription totale du focus group. Et, tout ça restera anonyme. Donc, on va commencer d'abord par un petit tour de table, donc vous allez vous présenter chacune votre tour avec le semestre dans lequel vous êtes, le service et votre prénom. Et ensuite, on appellera...donc pour rappeler le thème, bah je vous le rappelle tout de suite. Donc la question de la thèse exacte c'est: quelles sont les difficultés rencontrées par les internes de Médecine Générale dans la prise en charge des douleurs chroniques et comment améliorer leur formation c'est-à-dire, vos attentes par rapport à votre formation initiale? Donc bah voilà on va commencer.
A	Moi c'est A., je suis en troisième semestre en UPL à Annecy et Cran Gévrier.
Marine	D'accord.
Lr	Moi, je suis L., en troisième semestre, actuellement en stage en Gynéco à l'hôpital d'Annecy.
C	Moi, c'est C. je suis en troisième semestre en stage UPL à Epagny et Alby sur Chalon
Lt	Lt, je suis en stage en UPL à Rumilly et Frangy.
Lr	Troisième semestre aussi.
Lt	Troisième semestre -En acquiesçant-
F	Donc F. en cinquième semestre en stage à l'unité post-urgence médicale d'Annecy.
E	Et E. en troisième semestre, en stage UPL à Taninges.
Marine	D'accord, euh donc on commence par une question un petit peu générale. Est-ce que vous avez des idées ou des choses qui vous viennent tout de suite à l'esprit la dernière fois que vous avez pris un patient douloureux chronique en charge? Est-ce que vous avez rencontré des problèmes? Est-ce qu'il y a des choses qui vous viennent à l'esprit?
	-Silence-
Marine	Ca peut vraiment...
F	Moi, c'est le côté psychologique qui pose problème chez les douloureux chroniques, parce qu'il y a toujours dans les sujets douloureux chroniques un caractère psychologique, notamment chez les lombalgiques chroniques d'ailleurs, qui est super difficile à prendre en charge. Des patients qui, je trouve, se complaisent bien dans leur douleur et qui n'ont pas toujours l'envie de s'en sortir euh, donc moi c'est la difficulté principale que je rencontre dans les douleurs chroniques.
Lr	Ouais, je suis d'accord avec toi, je trouve que parfois il y a certains types de patients justement avec des douleurs, qui annoncent leur diagnostic enfin. En gros, une patiente qui arrive aux urgences et qui dit qu'elle est fibromyalgique, on ne veut pas avoir un a priori négatif mais c'est impossible de ne pas avoir un a priori sur une patiente qui se présente comme ça, je trouve. Parce que, à cause de leur profil, je trouve que ça aussi c'est une des difficultés. C'est notre regard que l'on a chez ces patients-là.
Marine	Plus ton ressenti à toi.
Lr	Voilà.
Marine	Enfin par rapport à ce patient, ok.
Stéphanie	Et, qu'est ce que tu...pardon. Qu'est-ce que tu ressens de particulier du coup, tu disais?
Lr	C'est lâche, prenez l'exemple des fibromyalgiques. Mais à chaque fois, je me dis, « bah zut, ça va être compliqué et ». Puis aussi, enfin, c'est...on...ouais. J'ai un a priori négatif. Je me dis : « c'est encore une qui.. ». Je ne vais pas dire qu'elle s'imaginer des douleurs parce qu'il y a une vraie douleur mais tu sais que c'est quelqu'un qui va être ultra pointilleux sur sa douleur et que si tu fais, enfin si tu n'arrives pas à être parfait parfait sur sa prise en charge, elle ne va pas être contente ou...
Stéphanie	Tu as l'impression que le patient te met en difficulté en fait ?

Lr	Ouais.
F	On a l'impression justement qu'ils jouent à nous mettre un petit peu en échec et c'est des gens qui je pense, quelque soit la thérapeutique qu'on leur propose, enfin pas tous heureusement, mais une partie, mais quelque soit la thérapeutique qu'on leur propose, de toute façon, ce ne sera pas efficace ou pas toléré si on ne prend pas justement le côté psychologique qui je pense est super important dans toutes les douleurs chroniques.
C	Ouais, c'est ce que j'allais dire c'est que c'est des patients chez qui on va beau avoir essayé tous les antalgiques qu'on connaît et ça passera pas. On arrivera jamais. J'ai cette impression-là mais...
F	Mmmh
E	Alors, est-ce qu'on ne pourrait pas s'en sortir mieux dans certains cas quand d'entrée de jeu, on arrive à faire adhérer le patient à l'idée que certes chercher une organicité à droite à gauche à ces douleurs chroniques mais qu'on prendra en considération très tôt l'impact du moral sur le physique dans l'idée de lui faire accepter plus facilement ultérieurement, par exemple de prendre un traitement psychotrope, d'aller voir un spécialiste psychiatre
F	Et ça encore, faut-il qu'il l'entende aussi, faut qu'il l'accepte quoi.
E	Mmmh, c'est le plus dur.
Marine	Et c'est ce que vous trouvez difficile vous, en tant qu'interne, dans la prise en charge de ces patients-là ? C'est plus le fait de lui annoncer, enfin d'en venir au psychologique ?
F	Non, ce n'est pas délicat, parce que ça fait partie du boulot que de soigner le patient dans sa globalité y compris ses problèmes psychologiques. C'est pas tant d'avoir à parler de ça, c'est juste que c'est le sentiment initial de ne pas pouvoir répondre à ces attentes, à les comprendre forcément. Euh, ne pas avoir forcément la patience non plus pour travailler d'autant plus qu'on n'a pas forcément toujours le temps dans un cadre hospitalier, après c'est différent justement en ville. Enfin voilà, ne pas avoir le temps euh, ni la patience ni euh, enfin voilà d'améliorer les choses. De pouvoir faire comprendre aux gens qu'il y a une prise en charge globale à prendre, que c'est pas forcément que physique, qu'il peut y avoir un souci derrière et que voilà c'est du chronique donc c'est du temps. C'est de la Médecine Générale mais c'est pas toujours évident puis c'est vrai qu'on n'est pas toujours sensibilisé à ça, et puis même question de caractère. On n'est pas tous amené à pouvoir pratiquer ce genre de médecine non plus, hein. De toute façon, on voit bien selon chaque médecin, qui a des patients chroniques euh notamment les colopathes fonctionnels, les lombalgiques chroniques. Quel médecin est en mesure de pouvoir avoir ces patients-là, voilà cette patientèle là ? Et puis il y a les médecins qui n'en ont pas du tout, de la faible expérience que j'ai notamment en UPL. J'avais trois médecins qui étaient complètement différents, et il y en a qui n'avait que ça et d'autres qui n'en avaient aucun. Je pense qu'on n'est pas tous selon notre caractère ou notre façon de voir les choses en mesure de pouvoir répondre à ces patients-là quoi.
E	Et, par rapport à ce que tu dis, euh par rapport à notre caractère et par rapport au fait que l'on soit interne, ce qui est le plus difficile pour ces patients, tout particulièrement chez ces patients où le profil psychologique est plus important, qui peuvent être manipulateur, le fait d'être interne enfin pour moi en tout cas, c'est une certaine naïveté, et le patient le ressent tout de suite même il vient avec cet a priori des fois. Et quand ils ont un profil un peu manipulateur même de façon inconsciente, ils prennent facilement le dessus et là c'est quasiment impossible de faire mettre maintenant ou plus tard qu'on ira chercher du côté psychiatrique.
F	Mmmh
E	Et ça pour l'interne, c'est particulièrement difficile avec certains types de patients.
A	Ca dépend vraiment du cadre, parce qu'entre notre statut en UPL et les stages qu'on fait en dehors, on ne prend pas du tout en charge pareil. Le patient qui arrive aux urgences, pour des douleurs chroniques, bah c'est rapidement qu'on a tendance à perdre patience, alors que chez le généraliste, on sait que c'est nous qui...
E	Mmmh
A	Enfin c'est vraiment à nous de prendre en charge sauf que, souvent ce sont des patients qui sont très bien connus de notre maître de stage et nous on les voit juste une fois donc...-Rire- C'est pas toujours évident de refaire le tour des choses rapidement avec un patient qui est persuadé qu'en jetant un coup d'œil à son dossier, on sait déjà quel traitement il a essayé.
Lt	Mmmh.
E	Ouais c'est délicat.
	Mais je ne dirais pas que tous ceux que j'ai rencontré sont forcément manipulateurs...
E	Ah bah non, c'est des patients très particuliers.
A	Même il y en a qui ne demandent plus rien, ils ne s'attendent pas à ce que l'on fasse quelque

	chose pour leur douleur, alors que moi, j'ai toujours besoin de leur proposer quelque chose de nouveau. Alors, je fais, je regarde tout ce qu'ils ont eu. -Rire- Je repropose de la kiné, enfin pleins de choses alors qu'au final, le motif de leur consultation ce n'était pas forcément ça. Qu'à un moment ou un autre, il me dit : « j'ai mal pour telle chose ». Je vivrai comme un échec de ne pas leur avoir proposé quelque chose alors que pour eux, ce n'était pas l'attente de leur consultation.
E	Mais, tu n'as pas forcément eu tort parce que...
A	Alors qu'aux urgences, euh il y en a que j'ai envoyé chier -Rire- Les patients en cure thermique, fibromyalgiques, qui arrivent le soir, qu'on ne connaît pas le dossier, qui ne vont pas bien ce soir-là, alors que toute la semaine, ils ont vu leur rhumatologue tous les jours euh franchement.
	-Rire général-
A	Je ne voyais pas ce que je pouvais faire pour eux.
E	Et puis à l'inverse de ces patients-là, il y a les patients qui ne se plaignent pas comme tu disais, et que tu vois qui n'arrivent même pas à s'asseoir sur une chaise qui ont visiblement l'air de souffrir atrocement intérieurement mais qui ne l'extériorise pas et là, la difficulté c'est de, comme tu le disais, c'est d'aller chercher les symptômes douloureux, l'efficacité du traitement quand il n'y a aucune doléance de la part du patient, et qu'il y a une douleur organique chronique considérable. Là aussi, c'est compliqué.
C	Mais, est-ce que justement, enfin là je pense qu'on a deux types de patients, ceux qui ont une douleur organique chronique et je pense que...même s'ils ont besoin de grosses doses d'antalgiques, au bout d'un moment, on arrive quand même à les soulager alors que d'autres n'ont pas d'organicité vraiment, enfin qu'on ne trouve pas vraiment d'organicité.
E	Mmmh -Acquiescement-
C	On a plus de mal à les traiter quoi, enfin. Et parce que justement voilà hein, ils sont persuadés d'avoir quelque chose et on a beau avoir tout cherché, on n'a rien trouvé donc, nous, on ne comprend pas cette douleur donc on ne sait pas comment la traiter quoi.
Marine	C'est comme ça que tu ressens les choses, tu ne comprends pas bien leur ressenti, leur...
C	Bah, disons que, l'examen est toujours normal, les examens complémentaires sont normaux aussi, euh, et ils se plaignent de douleur sans pour autant que ça altère toute leur vie sociale, enfin, ça altère le travail. Mais est-ce que c'est un hasard que ça n'altère que le travail ou enfin voilà ? Et, puis, on a testé tous les traitements, euh, elle vient d'où cette douleur ? C'est quoi ? C'est quoi cette douleur ? C'est une douleur organique euh avec des grosses doses de morphine, à un moment quand-même, on arrive à la traiter. Bon après il y a les douleurs neuropathiques, qui sont plus difficiles mais ça se reconnaît un peu plus...mieux quand même. Mais un patient voilà qui a des gros antécédents quels qu'ils soient, hein, possiblement somatiques mais qui a des céphalées chroniques ou bien la fibromyalgique...D'où viennent les douleurs ? Comme on n'a pas d'origine, on ne sait pas d'où elles viennent forcément, on ne sait pas comment la traiter quoi.
Stéphanie	Donc, le fait de ne pas avoir d'organicité, toi, ça te met en difficulté pour...
C	J'ai l'impression d'être plus en difficulté avec les patients où l'on n'a pas d'organicité que quand il y en a une.
Stéphanie	Vous aussi, toutes?
	-Acquiescement général-
F	C'est pas le même investissement.
C	Oui.
F	Malheureusement, enfin pour ma part, ce n'est pas du tout le même investissement. Quelqu'un qui a une métastase osseuse, tu vas t'investir au maximum de ce que tu peux pour le soulager. Un fibromyalgique, un colopathe fonctionnel, où on a tout essayé, que tu as envoyé à la médecine de douleur et qui de toute façon ne va pas tolérer les médicaments que tu lui mets, moi je trouve qu'il y a un épuisement, et qu'à la fin, il n'y a plus d'investissement. Mais par mon caractère aussi, bien que la psychologie, c'est quelque chose qui m'intéresse aussi, mais je trouve qu'à un moment, c'est bien qu'il y ait un roulement des médecins, qu'en effet, que tu puisses faire appel au centre antidouleur, qu'il y ait plusieurs personnes qui rentrent en compte, même si parfois c'est un échec ou régulièrement. Mais oui, je trouve que ce n'est pas le même investissement donc, les deux cadres.
Stéphanie	Vous manquez d'empathie ?
F	C'est ça, oui.
C	Vous aussi ?
	-Oui général-

C	On peut en avoir au début puis...
F	Oui.
C	Puis, au bout d'un moment, on va voir qu'on est en échec tout le temps.
A	La migraine, c'est une entité que j'arrive bien à visualiser.
C	Oui, enfin là, je ne parlais pas migraine, je parlais de céphalées.
A	Ca par contre...
Stéphanie	L., toi qu'est-ce que tu en penses?
L	Moi, ce que je trouve le plus difficile aussi, c'est de réussir au niveau des traitements, quand on croit à moitié ce qu'il nous dit, que l'on sait qu'ils en rajoutent un petit peu ou alors qu'on ne comprend vraiment pas d'où viennent ces douleurs. Je trouve que c'est difficile d'adapter le traitement, de se dire qu'on va continuer à monter, monter euh et, des fois il suffit que ce soit quelqu'un d'autre justement que le patient voit une personne différente. Une autre personne lui prescrit quelque chose qu'on a déjà essayé, puis bah là cette fois ça marche parce qu'il y a une autre personne qui l'a entendu aussi. Et voilà, nous on était un petit peu épuisé à ce moment-là. Et c'est vrai que je pense que c'est bien pour tous ces patients chroniques, c'est qu'il y ait une prise en charge avec plusieurs personnes parce que tout seul on s'épuise et on n'arrive plus à le comprendre et plus avoir envie de le traiter quoi.
C	Oui, bah...
Stéphanie	On parle du patient du coup un petit peu psychosomatique?
L, F	Ouais.
Marine	En fait, ça rejoint un petit peu ce que disaient les filles par rapport à l'empathie ?
L	Mmmh, ouais.
Lr	Ca, c'est, enfin, c'est un truc justement pour le psychosomatique, pour, enfin, ce que j'ai tendance au bout d'un moment. Hein, c'est vrai, on...les fibromyalgiques, je les fiche dans une case et je me dis : « peut-être qu'un jour dans un coin, on va trouver une vraie cause organique, et je vais me sentir mais euh tellement affreuse parce que je me suis dit : « celles-là c'est encore des folles », pas à ce point-là, mais, voilà. Et, j'essaie de me répéter ça et quand j'ai des patientes comme ça, c'est que c'est pas tout, et que peut-être que même si là dans l'état actuel des connaissances, on ne trouve pas d'étiologies, euh si un jour on en trouve une, je vais, enfin je vais enfin, ça va être encore...je ne sais pas comment exprimer, mais ça va me mettre dans l'embarras de me dire que j'aurais catalogué et que ne vais pas leur donner des médicaments, je ne vais pas les écouter, mais je me suis dit que c'est encore psychologique et en fait pas du tout.
Marine	Là, vous avez surtout évoqué donc l'aspect psychologique enfin des patients qui ont des problèmes psychosomatiques, mais bon, il n'y a pas que des patients qui ont des problèmes psychosomatiques. Il y a aussi des patients qui ont des douleurs chroniques et qui ont des vrais problèmes de enfin...physiques. Est-ce que vous avez des remarques à faire, des difficultés qui vous viennent à l'esprit dans leur prise en charge à eux, vous personnellement en tant qu'interne ?
	-Silence-
Marine	Que ce soit sur le plan thérapeutique, que ce soit sur tous les domaines ?
Lr	Je trouve que sur le plan thérapeutique, les vrais patients qui ont vraiment des vraies douleurs organiques, où personne n'arrive à s'en sortir, la responsabilité, elle ne retombe rarement sur nous pour le traitement. Parce que, on va dans l'hyperspécialisation du traitement pour la douleur, et donc c'est un peu en dehors de nos, enfin...on s'en occupe moins. Mais les patients qui vont tout le temps au centre de la douleur, on se retrouve à reconduire le traitement, au cabinet de Médecine Générale et pas tellement à essayer des choses nouvelles parce que c'est tellement compliqué et...il y a une histoire. On a déjà tout essayé, ils sont allés voir les spécialistes, faits opérer s'il y avait besoin enfin voilà. Je trouve qu'en tant qu'interne, au niveau thérapeutique, on ne fait plus grand-chose. Si, on les voit en consultation, c'est pour les écouter raconter leurs problèmes et reconduire leur traitement, pour ces gros cas très compliqués.
C	Après, peut-être dans les douleurs rachidiennes, je pense qu'on ne connaît pas suffisamment la mécanique et que parfois, il y aurait d'autres solutions que les médicaments, mais qu'on n'a pas de formation, qu'on ne sait pas euh ce qui existe, qu'on ne sait pas toutes ces histoires de postures et tout ça. Que voilà, qu'il y a des douleurs qui peuvent avoir pas d'organicité parce que on ne trouvera jamais rien aux examens complémentaires mais que voilà, il y a des choses à faire et pas que médicamenteuses quoi. Après, il y a les patients qui refusent, chez qui les paliers 2 ou la morphine pourraient marcher mais qui ne veulent pas de ces médicaments parce que ils en ont peur.

A	Il y a déjà des patients qui refusent les quelques grammes de paracétamol.
C	Voilà.
A	Ils ont peur de s'habituer.
Stéphanie	C'est un petit peu les fausses croyances autour des médicaments, du coup ça vous pose souci... les patients, de leur expliquer ?
A	C'est surtout le paracétamol qu'il y a des fausses croyances.
	<i>-Rire général-</i>
Stéphanie	Et, ça toi, ça te met en difficulté par rapport à ton patient ?
A	Non, on leur réexplique. Enfin, je leur réexplique, je leur explique qu'il n'y a pas de dépendance, que c'est un médicament sûr. Mais, je ne suis pas sûre d'avoir convaincu tout le monde.
Lr	Mais, c'est vrai que je trouve que par rapport à ce qu'on nous a dit, par rapport à notre formation en particulier sur les morphiniques. Enfin, on nous dit avant où on avait très peur des morphiniques, maintenant on commence à en mettre beaucoup plus facilement. Mais t'es attendu à ce que beaucoup de patients soient réticents aux morphiniques alors que je trouve que...J'ai plus d'expérience là pour ce qui est des douleurs aiguës. Les patients quand on leur dit qu'on va passer aux morphiniques, ça ne leur pose pas...Enfin, je n'ai pas de souvenir de patients qui aient dit que ça leur posait problème.
Stéphanie	Toi, tu n'es pas d'accord, parce que c'est ce que tu disais C., les patients, les paliers 2, les paliers 3, ça leur fait peur et que c'est difficile de les faire adhérer ?
C	Bah, ouais, ils ont peur. Quand ils savent que leur douleur risque de durer, je pense que parfois ça leur fait peur. Mais oui, c'est vrai que des fois, ils viennent avec leur douleur et on leur propose autre chose, et ils refusent tout. Et, après la fin de la consultation, tu ne comprends pas pourquoi ils sont venus en fait, parce qu'ils sont venus avec leur douleur. Et puis ils sont partis sans rien, parce qu'ils n'ont rien voulu de toutes les propositions. Mais, d'un côté, ils ne partent pas mécontents de la consultation. Enfin, des fois, je pense qu'on ne comprend pas.
	<i>-Rire général-</i>
F	Après, c'est vrai que voilà, pour le cas des morphiniques en l'occurrence ou des paliers 2 même, n'importe quel opiacé, il y a une différence entre la douleur aiguë et la douleur chronique. Un patient, tu vas lui dire, que sa douleur elle va durer deux, trois jours en post opératoire ou ce genre de choses, il ne va pas du tout être réticent à prendre de la morphine...Pas du tout. Tu vas rentrer dans quelque chose de chronique, à ce moment-là, ça fait peur. A ce moment-là, je trouve les thérapeutiques, les paliers 2, les paliers 3, non seulement par les effets secondaires aussi que ça peut avoir. Tu dis à quelqu'un qu'il va être constipé, ou qu'il a des risques de se mettre en globe, et que ce sont les effets secondaires de la morphine. Ou alors que son père a pris de la morphine, qu'il a été halluciné, etc. Et puis tu lui proposes ça et notamment sur plusieurs jours, il ne va pas forcément autant l'accepter qu'une pathologie aiguë où tu rentres parfois sur des sujets plus jeunes, la prise en charge thérapeutique n'est pas la même je pense dans quelque chose d'aiguë ou chronique.
Stéphanie	Est-ce que ça te pose problème des les prescrire ces médicaments ? Que le patient, ça lui fasse peur, mais est-ce que vous ça vous...
A	Moi, j'évite toujours de prescrire des morphiniques.
Stéphanie	D'accord, parce que ça te fait peur ? Qu'est ce qui fait que tu évites ?
A	Bah, je n'en ai jamais prescrit. Je propose toujours un autre palier 2, ou d'augmenter les doses ou je n'ai peut-être jamais été confrontée parce que les patients les plus lourds, euh je pense que je ne les ai pas vus au domicile, des patients cancéreux je ne les ai pas vus.
Stéphanie	D'accord, c'est du fait que tu ne les aies pas vus.
A	Après aux urgences, bien sûr que je les ai vus, dans les services, j'en ai déjà enlevé. Mais même dans les services, quand on peut essayer un autre palier 2, on essaye l'Acupan® avant de mettre la morphine.
Stéphanie	Après c'est vrai, qu'on échelonne un petit peu, c'est vrai. Mais vous avez peur de prescrire de la morphine ou ça vous fait peur de prescrire ces traitements ?
Lt	Non, ça dépend pourquoi. Enfin...
A	Je retarde toujours le moment où mettre de la morphine.
Stéphanie	D'accord.
Lt	Dans des douleurs vraiment chroniques, euh des personnes qui sont en fin de vie enfin voilà, les douleurs euh les métastases et compagnie, moi, ça ne me dérange pas de prescrire de la morphine. Après, c'est vrai que tout ce qui est pathologie chez quelqu'un de plus jeune, initier un traitement morphinique à 50 ans, c'est vrai que je comprends que ça fasse peur au

	patient. C'est vrai que s'il faut le faire, il faut le faire. Mais, c'est vrai qu'on va dans quelque chose où il aura du mal à décrocher après et il va peut être falloir augmenter progressivement, parce que sinon il va toujours en falloir un tout petit peu plus. Et, on arrivera difficilement à décrocher, quoi. C'est vrai que quand ceux ont des âges un peu plus jeunes, il faut sauter le pas.
Lr	Je trouve encore que pour la prescription, je ne suis pas encore tellement à l'aise enfin pour les posos, il faut toujours tout regarder. Et, je suis pseudo - à l'aise enfin, je révérifie toujours les posologies mais juste pour ce qui est de Skénan®, Actiskénan®, tout ce qui est Oxycontin®, je n'ai jamais prescrit et j'avoue que je ne sais pas prescrire. Et, je pourrais éventuellement reconduire mais comme ça toute seule, il faudrait que j'y passe une nuit à vraiment trouver le truc et je ne suis pas assez à l'aise pour jongler entre les paliers 3 que je ne connais pas, que je n'aie pas l'habitude de prescrire.
E	On a eu des cours théoriques rares, comme il n'y a aucun automatisme de prescriptions et on a l'impression qu'on va se plonger dans des calculs et on est un peu effarouché.
A	Les enfants, c'est encore pire !
	<i>-Rire général-</i>
F	Et après, je trouve encore que les paliers 3, c'est pff parce que moi j'ai... quand j'étais en UPL et que j'étais en autonomie, je recevais les labos. Et les labos, au niveau des douleurs sont très présents. C'est quand même une problématique qui affecte beaucoup de gens, et il y a tous les labos qui ont leur morphiniques et tous les labos ont leurs tablettes avec les équivalences de doses, les différents morphiniques qui existent. Et, je trouve que moi, j'ai été formée comme ça sur les antalgiques, et par les labos...qu'on ne reçoit plus, enfin que les gens ne veulent plus recevoir. Mais quand tu les reçois, tu apprends quand même des choses. Enfin bon, moi, c'est comme ça que je me suis formée. Et puis, c'est vrai que tout le monde n'est pas sensibilisé à ça,
Lr	Moi, j'ai dû recevoir avec ma Prat, la dame du labo d'Oxycontin® justement, mais enfin ces tablettes, elles le mettent dans leur livret qui est épais comme ça alors, je ne regarde pas, je trouve que ce n'est pas pratique. Je ne peux pas l'emmener avec moi.
F	Tu les titilles un peu, ils ont leur pochette plastifiée que tu replis avec tous les morphiniques, qu'ils ne donnent pas parce que tu as les morphiniques des autres labos mais
Lr	Ouais
F	Mais que tu peux récupérer.
Stéphanie	Quand tu parlais de prescriptions, tout ce qui est ordonnances etc. de morphiniques, tout ça est ce que ça vous pose problème le côté administratif ?
C	Ordonnance sécurisée ?
Staphenia	Ouais
Lr	Bah, je trouve quand on est interne, c'est un peu compliqué les ordonnances sécurisées. Je me souviens, aux urgences, pour essayer de prescrire du Skénan®, Actiskénan®, que j'ai récupéré le numéro Adeli de mon chef et tout, pour prescrire les morphiniques, bah c'était long, ça prenait un temps fou.
Stéphanie	Ca pour l'interne, c'est difficile ;
Lr	Pour l'interne...pff
Stéphanie	Le côté papier c'est difficile ?
Lr	Oui,
Stepahnei	Toi, tu en pensais quoi ?
C	Bah, je trouve que il y a des ordonnanciers où tu n'as pas le petit carré pour faire l'ordonnance sécurisée, du coup, tu cherches dans tout le service. Ouais, ce n'est pas toujours très pratique, <i>-Rire-</i> . Et pour la rédaction, non, ça va. C'est théorique quoi.
Lr	Il faut juste se souvenir de ne pas mettre des chiffres.
	<i>-Rire général-</i>
Marine	Au niveau des autres thérapeutiques du coup, est ce qu'il y a des choses qui vous, où vous ne vous sentez pas à l'aise ?
F	Sur les douleurs plutôt neuropathiques ou ?
Marine	Tout.
F	Moi, je trouve que sur ce qui est médicamenteux pur, on peut se former facilement. C'est plus sur en effet, la kiné, les Tens, euh l'ostéopathie, euh enfin sur tout ce qui accompagne...
Lt	Dans les douleurs chroniques c'est souvent qu'ils nous disent : « vous ne pensez pas que je devrais voir un ostéo ? ». Et là, on se trouve bête parce qu'on ne sait pas ce qu'ils font. Et c'est dur de concéder ça.
Lr	Et même, je trouve que les ostéo, pour avoir été élevée entre guillemets à l'hôpital, on a un à

	priori négatif par rapport...Je suis en tant que pré-externe, en chirurgie et depuis, des ostéopathes, je ne conseille pas, je n'ose pas conseiller parce que on voyait tous les problèmes enfin, des ostéopathes. Et pour moi, c'est un truc un peu mystérieux et je ne conseille pas du tout d'aller voir l'ostéopathe parce que moi, je sais que ça marche pour pleins de gens mais je n'ose pas, je n'ose vraiment pas.
A	Moi, j'ai fait une formation d'ostéopathie mais je n'aime pas trop quand les patients vont voir directement leur ostéopathe ou leur kiné avant d'en parler à leur médecin. On ne sait jamais euh ce que ça peut être donc. Mais, ça m'arrive de conseiller au patient de voir un ostéopathe, mais mes prat ne le font pas trop donc je glisse entre deux –Rire-. Et, j'en ai une qui donne beaucoup de conseils pour les troubles musculo-squelettiques, donc elle connaît pas mal d'auto étirements pour les tendinites. Elle leur réexplique comment se lever, comment faire des manutentions, et je trouve que ce sont des conseils qui sont très utiles mais j'ai vraiment appris avec elle. On n'en a jamais parlé dans notre formation, quoi.
Stéphanie	Ca, ça vous manque tous ces petits conseils ?
Toutes	<i>Mmmh</i>
Lt	Bah, dans notre formation, on n'a pas du tout eu ça quoi. Et, c'est vrai que rien qu'au niveau des antalgiques, on a eu une formation rapide.
A	Ouais, c'était : « t'as mal : on te met des antalgiques ».
Lt	Ouais, bah voilà, palier 1, palier 2 palier 3 mais après...
A	Alors, parfois on discute avec les patients et ils nous disent : « oui, bah quand je passe l'aspirateur, bah ça me fait mal au dos ». Bah oui, mais il y a des gestes qu'il ne faut pas faire quand on a un lumbago. –Rire-. Des fois, on interroge les patients et on se rend compte qu'il y a pleins de gestes qu'ils ne devraient pas faire. Il n'y a pas que les antalgiques qui vont les aider.
Lr	Parce que ça aussi c'est un truc, avec certains patients qui veulent avoir le même niveau de fonctionnalité que sans douleurs et ils ne pensent pas à s'épargner. Ils veulent bouffer leurs antalgiques pour pouvoir aller faire leur rando en montagne. Je comprends qu'ils aient envie de faire la rando en montagne mais...
A	Ils veulent être remis sur pieds pour aller faire leur trekking.
	<i>-Rire général-</i>
Lr	Et, on leur dit : « non, pas trop, il faut vous économiser, ce n'est pas le but des médicaments, ce n'est pas de vous guérir. Vous allez empirer votre état ». Il faut souvent leur rappeler aux patients.
C	Des fois, dans l'imaginaire du patient, on est un magicien qui va leur effacer leur douleur et euh c'est difficile de leur faire comprendre que ce n'est pas le cas. Et, dans ce cas-là, ils nous mettent en échec et quand on est en échec, on n'est pas bien. Et quand on n'est pas bien, on les prend mal en charge.
Lr	<i>Mmmh.</i>
C	Et, c'est là qu'on perd notre empathie, euh quand on nous met en échec je pense.
Stéphanie	Toi, tu as l'impression que ta position d'interne, de médecin, elle est mal comprise par les patients, enfin, ils ont des croyances, ils fantasment sur le médecin ?
C	Ouais
Stéphanie	Et, ça c'est difficile de leur expliquer ?
C	Bah, l'expliquer en soit, ce n'est pas difficile, de le dire mais c'est d'après se sentir pas efficace, se sentir inutile. Et puis euh, casser l'imaginaire du patient aussi, ouais je ne sais pas –Rire- analyser tout ce que ça mettait en jeu mais ouais, ça casse quand même quelque chose, quoi. Et puis quand on se sent en échec, on se sent moins bien.
Lr	On se recentre sur nous, à ce qu'on fait mal.
C	Bah ouais.
Lr	On se détache du patient.
C	Ouais, c'est ça. On n'est pas bien ouais et du coup, au lieu de penser au patient, on n'est pas content.
Lr	On reporte notre frustration contre nous, contre le patient.
C	Ouais, voilà. C'est la frustration qui nous énerve et qui nous énerve contre le patient parce que ses attentes sont inadaptées par rapport à ce que l'on peut faire.
Stéphanie	Vous avez l'impression qu'il y a un problème de communication avec le patient ?
A	Parfois, ça arrive qu'on n'arrive pas du tout. Enfin, moi ça m'arrive, certains patients avec qui je n'arrive à rien faire mais je me dis qu'on ne peut pas aider tout le monde. Il y a des patients avec qui la communication ne passe pas. Après quand ils reviennent nous voir alors qu'on n'y



	arrive toujours pas, c'est que...On va leur dire qu'ils peuvent aller voir quelqu'un d'autre qui sera peut être plus apte... recommencer sur de nouvelles bases.
Lr	Ca, on ne peut pas tellement le dire en tant qu'interne,
A	Non, voilà en tant qu'interne, on a une position particulière aussi.
Lr	Parce que quand on est chez le prat, on ne peut pas dire : « refusez de me voir la prochaine fois que ...
	<i>-Rire général-</i>
Lr	Ou encore quand on n'a pas sa patientèle, on ne peut pas tellement virer les patients.
	<i>-Rire-</i>
Stéphanie	Ca, c'est une des difficultés en tant qu'interne du coup, de voir les patients une fois de temps en temps, vous avez l'impression ?
A	Pour les chroniques ?
Stéphanie	Ouais, les douloureux chroniques ?
	<i>-Acquiescement général-</i>
A	Les patients chroniques, on a l'impression de s'immiscer dans une relation.
Lt	Mmmh.
A	Moi, j'ai l'impression de m'immiscer dans une relation fusionnelle avec le médecin généraliste, qui connaît tout par cœur alors que moi, j'arrive en plein milieu. Alors il y en a qui sont plus sympas que d'autres, il y en a qui prennent comme un exercice qui réexplique tout depuis le début, machin, machin et puis d'autres ; « je viens pour ça ». Et puis ils s'arrêtent là : « je viens pour ça comme d'habitude ». Et puis, je ne sais pas trop s'ils font exprès de me mettre en difficulté.
Lr	<i>-Rire-</i>
A	S'ils s'attendent vraiment à ce que j'ai la science infuse, que j'ai été briefée juste avant par mon prat ou...
Marine	C'est ça qui vous manque par rapport au médecin généraliste qui connaît bien ses patients ?
A	Je me rends compte qu'en passant comme ça, c'est être remplaçant ; ça doit être vachement frustrant par rapport au médecin de famille qui est vraiment installé qui connaît ses patients.
Marine	Mmmh
A	Finalement, je me dis que je n'ai peut être pas envie de faire cinq ans de remplacements avant de m'installer parce qu'on a une relation beaucoup moins intéressante avec le patient.
Lr	Mais, c'est vrai que les patients chroniques et douloureux chroniques, quand ils gardent leur médecin, en général, ils ont une telle relation de confiance. T'as l'impression d'avoir cheminé ensemble, d'avoir galéré ensemble à cause de cette douleur et c'est vrai que c'est très particulier comme relation et là, ces consults-là...
Stéphanie	Pour l'interne ?
Lr	Pour l'interne, j'en ai vu juste dans les phases où j'observais, là je peux faire l'examen clinique mais je ne vais pas tellement plus loin dans la consult parce que il ou elle est là pour parler et le médecin est déjà 10 kilomètres avant moi dans ce qu'il se passe.
F	Ou justement, ou le cas inverse du médecin qui est épuisé et qui...
A	Oui
F	Qui fait appel à nous pour qu'il y ait un nouveau regard sur ces douleurs. Mais, ça c'est plus, j'ai l'impression dans le psychosomatique. Moi, j'ai déjà pris en consult des gens, parce que mes prat étaient épuisés. Ils me disaient : « qu'est ce que tu en penses ? » « Est-ce que tu auras un meilleur relationnel ? ». Bon déjà, ce n'étaient que des hommes alors le fait d'avoir une interne femme, ils voulaient voir ce que ça pouvait changer les choses. Et, bon, tu te rends compte que tu ne peux pas aider outre-mesure, hein.
Lr	Moi, je n'ai pas eu ce cas-là en consult.
F	Oui, moi ça m'est arrivée 2 ou 3 fois.
A	Les urgences, j'ai déjà eu l'impression que le patient chronique, il était content d'avoir parlé à quelqu'un d'autre, qui avait pris le temps
F	Mmmh, parce que quand tu es épuisé, tu n'écoutes plus, c'est vrai.
C	Et puis, quand t'as déjà tout essayé, que le patient est là, tu lui fais ses papiers et puis...
F	Voilà.
C	Et puis de toute façon, il n'y a rien d'autre à faire parce que le patient, au final, il ne te demande pas plus. Donc, tant mieux, parce que c'est moins frustrant du coup. Et des fois, ça reste un peu frustrant parce que faire des papiers, voilà, des fois, on a l'impression que ce n'est pas complètement légitime, les papiers qu'on remplit parce que l'on ne comprend pas.
F	Et puis voilà, parfois, je pense qu'il ne faut pas forcément soulager les douleurs parce que c'est par ça qu'ils s'identifient et c'est comme ça qu'ils vivent. Si on leur enlève leur mal, et

	bien ils vont avoir l'impression de ne plus vivre ou de ne plus avoir de raisons d'aller voir le médecin. Et, je pense qu'il y a certaines choses qu'il faut respecter notamment quand on n'arrive plus à soulager. Et qu'ils nous mettent en échec ou quoique ce soit, c'est une manière de fonctionner des gens et parfois il ne faut pas y toucher. On est peut-être complètement hors sujet. Mais des fois, il faut respecter les choses quand on n'a plus rien, quand on a plus rien à se mettre sous la dent et que c'est leur manière de fonctionner. Il y en a qui s'épanouisse là-dedans. Heureusement que ce n'est pas tout le monde
Stéphanie	Tu disais que tu ne sens que ce n'est pas ta place en fait ? Tu disais, qu'il y a des moments où ce n'est pas forcément ta place de faire ces papiers tout ça. Du fait d'être interne, tu as l'impression de faire des choses injustifiées ?
C	Ouais bah oui. Une patiente qui vient tous les mois pour son renouvellement de morphinique, et de l'arrêt de travail, euh qui dure depuis trois ans, bah moi je n'aime pas faire ça. C'est difficile de se dire que la nana au final, elle ne peut rien faire quoi. Enfin, c'est sûrement vrai qu'elle a ses douleurs mais voilà, il n'y a rien qui la soulage. Comment ça se fait ? Et puis, l'arrêt de travail, voilà c'est un arrêt de travail, un accident du travail en plus...ou la demande d'invalidité tout ça. Il y a des choses derrière comme dit F., il y a des bénéfices secondaires qu'on ne voit pas tout le temps, dans certaines douleurs, pas toutes les douleurs mais parfois il y a des bénéfices secondaires qu'on ne calcule pas. Et que les patients nous mettront toujours en échec parce que ils ont besoin de garder ce bénéfice secondaire et là, nous en tant qu'interne ne voyant qu'une fois, on ne peut pas aller chercher ce que c'est et tout. Et c'est vrai qu'on n'a pas non plus la formation pour parler, essayer de comprendre d'où ça vient. En psycho, on n'est pas formé du tout quoi. Et, les bénéfices secondaires, on sait qu'il peut y en avoir, qu'il faut les chercher mais comment ? On ne sait pas faire quoi.
Lr	Mais, justement, les patients qui viennent pour les arrêts de travail, encore pire les arrêts sur accident du travail, ou maladie professionnelle, je trouve que pour moi aussi, ça me met un a priori négatif. Parce que quand ça dure depuis longtemps, on se dit que ça fait trop longtemps. C'est méchant de le dire comme ça mais si vraiment il voulait s'en sortir, il aurait trouvé une autre solution dans le sens où...
C	Oui, c'est ce qu'on se dit.
Lr	L'arrêt de travail au bout d'un moment il faut... Alors zut, je ne sais plus entre l'invalidité où il y en a un c'est pour l'arrêt de travail et l'autre pur l'accident du travail, bref, passer à l'étape d'après et les patients qui rechignent, qui ont eu des vrais accidents du travail avec des vraies séquelles et qui vont faire des recours à la Sécu parce qu'il consolident l'accident, qu'ils ne sont pas d'accord parce qu'on ne leur a pas reconnu que leur douleur. C'est vrai qu'il y a la part du patient qui ne se sent pas considéré mais il y a aussi la part du bénéfice financier...
Stéphanie	Ca vous agace ?
Lr	Oui, d'ailleurs justement, j'étais allée à la Sécu où ils étaient très sympas. Ils disaient justement si vous avez des problèmes avec des patients, que vous sentez que ça va traîner, n'hésitez pas à nous contacter et à nous appeler parce que nous notre rôle, on fait les méchants et on tranche et comme ça c'est fait. S'il faut un recours, il faut un recours mais le recours va trancher aussi pour nous aider.
A	Ca permet de passer à autre chose plutôt que de s'enkyster dans une situation.
Lt	Mmmh
A	Bon après, ils vont se retourner et tout quoi
Stéphanie	Pour revenir sur le côté psycho, ça c'est quelque chose qui est difficile ? La part psychologique, de prendre en charge ça, de proposer des choses ?
Lr	Oui, oui. Parce que je trouve que quand j'essaye d'écouter des patients ou de proposer des conseils psychologiques, j'ai l'impression de faire de la psychologie de caniveau, enfin de platitude. Et je n'ai aucune formation, enfin je ne fais pas mieux que la concierge.
Stéphanie	Toi, A. tu es d'accord ?
A	Euh, oui complètement. Et, récemment, j'ai eu une consultation de ce type-là, et on a eu un tilt avec mon praticien et on a pensé à un de ses confrères qui est généraliste, et qui est comme on dit comportementaliste, qui fait de la thérapie cognitivo-comportementale. Et, qui apparemment a des bons résultats sans différentes indications et on s'est dit... C'était le cas d'une fibromyalgique justement, dans le cadre des douleurs chroniques particulièrement des cette douleur psychosomatique, fibromyalgique, que ça pouvait la faire cheminer. Donc, on lui a expliqué les principes de cette thérapie et en plus, la patiente était tout à fait ravie de savoir qu'on avait quelque chose de tangible à lui proposer euh que ce n'était pas du tout ésotérique et que ça avait différentes indications et qu'il y avait en pratique des bons résultats. Donc, voilà je me dis qu'avoir l'idée d'envoyer un patient chez un confrère ou un paramédical, c'est

	rassurant.
Lr	Et ça aussi, j'ai une grosse difficulté. Quand on pense que les patients auraient besoin du psychologue, euh on est vachement réticent parce qu'il faut qu'ils aient un minimum de revenus parce que ce n'est pas remboursé. .
F	Mmmh.
Lr	Et ça, je trouve que c'est vraiment difficile parce que soit il faudrait qu'on se forme en psychologie parce que entre le médecin gé qui a plus ou moins de formation, le psychologue, le psychiatre, ce n'est pas...enfin...on n'arrive pas toujours à trouver la bonne solution.
C	Puis, des fois, en dehors de l'aspect financier, ils refusent tout simplement parce qu'ils disent que ce n'est pas psychosomatique : « Non, ça va ».
A	Faut avoir réussi à écarter, faire comprendre qu'on a écarté toutes les causes somatiques, que la douleur est réelle et que peut-être une prise en charge psychologique peut aider. Mais, ça on n'y arriva pas au bout de deux consultations.
C	Mmmh.
A	Faut presque attendre que le patient l'évoque lui-même. Il y en a qui l'évoque.
C	Oui.
F	Oui, c'est vrai ce n'est pas faux. Le fait de faire cheminer pour que ce soit lui qui l'évoque, c'est pas évident mais...
A	Après le seul moyen... c'est le CMP mais il y a beaucoup de délai. –Rire- Il y a quelques médecins généralistes qui font de la thérapie comportementaliste mais alors je ne sais pas comment ils s'en sortent. Des consults super longues...moi, je ne ferais pas ça...pff. Ça me ferait suer de faire de la TCC. Je veux bien faire de la psychothérapie de soutien. Mais la TCC...
C	Pas plus d'un par jour
	<i>-Rire général-</i>
Marine	Bon, on a parlé de pas mal de thèmes, hein ? On a évoqué un petit peu les thérapeutiques où c'est parfois difficile de...tu voulais dire quelque chose ?
A	Non, non, non
Marine	C'était parfois difficile pour vous de prescrire certains médicaments, euh on n'a pas trop évoqué les douleurs neuropathiques, juste effleuré le sujet. Euh, surtout l'aspect psychologique pour vous finalement, et puis vos ressentis en fait par rapport au patient. Est ce que vous avez d'autres choses à rajouter ? Ne serait-ce que vous par rapport au médecin généraliste, est ce que vous avez l'impression que par rapport à un médecin généraliste libéral, vous avez des difficultés par rapport à lui ? Vous avez ressenti qu'il avait quelque chose en plus par rapport à vous ?
Lr	Bah, le relationnel avec les patients. C'est ce qu'on disait avant. La relation enfin, je pense qu'on peut être à peu près égal devant un patient qu'on voit tous les deux pour la première fois. Mais pour ce qui est d'un patient chronique qu'il suit depuis longtemps, bah non clairement il a l'avantage de la relation avec le patient. Mais, pour revenir sur l'histoire des douleurs neuropathiques, je pense que pour les douleurs neuropathiques, on envoie beaucoup plus facilement au centre de la douleur, parce que je sais que personnellement, je n'ai aucune expérience pour mettre un traitement d'une douleur neuropathique donc je pense qu'on envoie très facilement au centre de la douleur pour ça. Ils ont plus l'habitude des antalgiques, des tricycliques.
Stéphanie	Qu'est ce que vous en pensez ?
C	Moi, par rapport à ce que tu disais, euh, je reviens sur le truc d'avant par rapport à notre place par rapport aux généralistes qui les suit. C'est que au bout d'un moment, il devient plus détaché de la douleur, de la plainte douloureuse en elle-même et il va écouter le patient et puis rien faire d'autre de la consultation alors que nous, quand on entend la douleur, on est plus touché indirectement parce qu'on se dit il faut qu'on fasse quelque chose parce qu'on en connaît pas le patient. Nous, on le voit une fois, ou deux fois. Enfin, déjà la deuxième fois, on a réussi à –Rire- à se détacher un petit peu forcément, parce qu'il nous a fait le retour euh mais voilà. C'est vrai que quand on le voit une fois au milieu de tout, on se dit : « merde, il a mal ». Alors que le médecin se dit : « encore lui qui a mal ». Il a mal tout le temps, il a déjà tout essayé. C'est ça, on a la place... c'est cette place là qui nous met en difficulté parce que on ne pourra rien faire. Mais, on ne sait pas...pas encore.
	<i>-Rire général-</i>
C	Par rapport aux douleurs neuropathiques, ce qui est compliqué c'est par rapport au traitement, c'est que on ne peut pas les mettre comme ça, il y en a qui ont des bilans pré-thérapeutiques qu'on ne connaît pas toujours très bien, des effets secondaires, qui ne marchent pas forcément

	tout de suite, tout ça. Il faut les faire accepter par le patient, que ça ne va pas être actif tout de suite. Et puis comme on connaît moins ce genre de douleurs aussi, je pense qu'au niveau de l'effet placebo, on est peut-être un peu moins bon parce que on les prescrit avec un peu moins de conviction qu'avec un morphinique ou un pallier 2 quoi.
Marine	Dans le diagnostic aussi, tu as des difficultés ?
C	Euh dans le diagnostic, il y a, je sais, un score pour reconnaître mais c'est vrai que ce n'est pas toujours évident à diagnostiquer parce que tous les critères ne sont pas toujours là. Et ce n'est pas toujours évident de caractériser la douleur et voilà du coup des fois, on a du mal à savoir.
Stéphanie	Je ne sais E., toi tu es d'accord ? Tu as des difficultés aussi dans les diagnostics et thérapeutiques ?
E.	-Silence- Euh, oui non, c'est loin d'être une évidence de diagnostiquer une douleur neuropathique. Euh, j'étais d'accord avec ce que vous disiez.
C	Des fois, les patients ne comprennent pas les questions aussi, parce que pour caractériser une douleur neuropathique, pour caractériser une douleur quelque soit la douleur, il faut poser des questions quoi. Et, euh, c'est difficile de répondre à ces questions. Parfois même nous on les pose et on ne saurait pas y répondre si on avait mal quoi. « Qu'est ce qu'elle fait votre douleur, elle pique ? Elle fait un coup de poignard ? », « je ne sais pas, je n'ai jamais eu de coup de poignard. ». Enfin, je trouve qu'on ne pose pas des questions évidentes et les patients, non seulement, ils ont du mal à y répondre parce que ce n'est pas facile et des fois, ils ne comprennent pas qu'on leur pose la question. Et, ils ne nous aident pas les patients. Du coup, quand ils ne comprennent pas, ils ne veulent pas nous aider. C'est pas qu'ils ne veulent pas nous aider mais c'est que...
A	Ils ne rentrent pas dans les cases
C	Ils ne rentrent pas dans les cases.
	-Rire général-
Stéphanie	C'est ça qui est difficile, c'est que du coup, vous n'arrivez pas à statuer sur quelque chose ?
Lr	Non, et puis pour reprendre, je me sens toujours mal quand justement, je leur demande de caractériser leur douleur. On nous apprend toujours qu'il faut dans ces cas-là, poser des questions ouvertes euh et dire : « comment est votre douleur ? ». il ne faut pas l'orienter dans un sens ou dans un autre. Le problème c'est que quand on dit : « comment est votre douleur ? », c'est impossible qu'ils répondent ce que j'attends.
C	-Rire-
Lr	Je suis toujours obligée de caractériser et je me dis que je vais l'orienter dans un sens ou dans un autre.
A	Faut citer plusieurs marques.
C	-Rire-
A	T'en as pour une heure si tu laisses la réponse ouverte.
Lt	Et puis, après c'est jamais comme dans les livres. C'est un peu une question d'expérience aussi du médecin au niveau des douleurs.
A	Moi, je préfère m'appuyer sur le neurologue pour mettre des traitements de douleur neuropathique parce qu'ils ont un bilan en plus. Ça les rassure.
F	Et puis, il y a des médicaments qui sont à prescription initiale neuro ou psychiatre. Donc, de toute façon dans ces cas-là, on est obligé d'adresser. Non, mais le Rivotril®, récemment qui était utilisé et facilement, on l'utilisait en Médecine Générale dont la prescription initiale neurologue ou psychiatre, par exemple. Et celui-ci était très utilisé quoi.
Lr	Mais ça, c'est un peu dommage parce qu'il n'y a pas assez de neurologues. Quand on voit le nombre de patients, peut-être qu'il y avait des excès mais je trouve que c'est enlever une capacité au médecin généraliste de se débrouiller sur ces douleurs. Et de tout de suite envoyer chez le neurologue et puis parfois envoyer les patients, avoir trois mois de délais pour voir le neurologue, pour juste qu'il renouvelle le Rivotril®.
A	Après tu peux le renouveler.
F	Tu peux le renouveler.
E	Après, plus récemment, le Rivotril® n'a pas plus l'AMM pour les douleurs neuropathiques.
F	Il n'a plus l'AMM dans les douleurs, comment ça s'appelle, les douleurs de jambes là...
A	Le syndrome des jambes sans repos
F	Ouais voilà, ce genre de choses quoi. Déjà, ils ont supprimé l'AMM dans ce contexte mais après il a l'AMM dans d'autres.
A	Ah oui ?
Marine	Et sinon, par rapport à votre formation en tant qu'interne ou même avant, est ce que vous auriez des propositions sur les sujets que vous avez abordé, le psychologique, votre vécu par

	rapport à ces prises en charge de patients douloureux chroniques, ou toute autre chose, les traitements...
Lr	Des cours de kiné.
Lt	Je trouve que ce serait bien de comprendre tout ce qui existe parce qu'il n'y a pas que la kiné. Il y a l'ostéo. Enfin, on peut leur proposer pleins pleins de choses mais on ne les connaît pas. Et ce que je trouve assez terrible, c'est le nombre de fois aussi où les patients nous disent : « ah, je me suis renseigné, j'ai entendu parler de ça, vous en pensez quoi ? ». « Ah ! –Rire-, je ne sais pas ». Et ça arrive souvent sur justement, chez ces patients douloureux chroniques. Ils essayent de se renseigner au maximum et de trouver un petit truc qui pourrait les soulager et c'est vrai que nous on a nos médicaments et à la rigueur deux trois petites autres choses à côté. Mais, on n'est pas assez renseigné sur tout ce qui existe. Ce serait bien.
A	Il y a pleins de choses qui ne sont pas remboursés.
Lt	Ouais mais après quelqu'un qui a vraiment mal, qui a envie de tenter quelque chose, ce n'est pas forcément un frein.
A	Mmmh
Lt	Enfin, il y en a pour qui ça l'est, c'est sûr. Mais euh...il y en a qui tentent.
Marine	Et comment, tu verrais ça alors dans ta formation ?
Lt	-Rire-...Bah...c'est une bonne question.
A	Pendant ton stage libre en UPL....
Lt	Non, mais je pense, pas forcément comme dans un DU ou quoique ce soit, parce que ce serait bien que ce soit accessible à toute le monde. Donc, il faudrait que ce soit fait avant l'internat en fait.
A	Je ne sais pas.
C	Non, l'internat...
A	Quand on est confronté au problème, on ne se pose plus les mêmes questions en fait. On voit les choses autrement.
Lt	Oui, c'est vrai.
C	A l'internat, on analyse différemment, c'est vrai. Mais, il faudrait que ce soit quelque chose d'obligatoire pour tout le monde je pense, parce que c'est vraiment intéressant que tout le monde.
A	Je pense qu'en tant qu'externe, on se sentirait moins intéressé. Et, ce serait moins profitable qu'une fois qu'on a été déjà confronté, qu'on a déjà fait des erreurs en fait.
Lt	C'est vrai.
Lr	Et puis, je trouve que le problème c'est à l'internat, on n'apprend pas les posologies et ça c'est un problème. Ce qui fait que nos connaissances...
A	On ne peut pas tout apprendre.
Lr	Oui, on ne peut pas tout apprendre mais c'est dommage que pour les antalgiques et que pour les traitements pour la douleur, on se résume à : « antalgiques de palier adapté à la douleur ». Enfin, c'est...
A	Il ne faut pas les apprendre les antalgiques ? –Rire-
C	Justement, les posologies...non
Lt	Bah, il faudrait peut-être un séminaire
	-Rire général-
Lr	Les posologies de morphiniques...
Stéphanie	Que ce soit pour les posologies, au niveau thérapeutique ou que ce soit au niveau paramédical ?
Lt	Ouais, moi c'est vraiment ça qui m'intéresserait. Parce que au niveau des posologies, je trouve qu'on....
C	On peut regarder seul.
Lt	Oui, on l'a fait une ou deux fois en vérifiant et après, c'est bon c'est enclenché. Là, c'est se renseigner personnellement mais tout le reste autour, on n'a pas forcément le temps, ce serait bien. C'est vrai que là, on est chez le praticien, moi j'avais envie d'aller voir chez des kinés, ostéos, pourquoi pas ? Mais, ce n'est pas évident de le faire tout seul. On aurait justement...
A	Oui, une des difficultés quand les patients nous disent : « qui est-ce que je pourrais voir comme bon ostéopathe, bon kiné ». Je ne les connais pas. A qui je peux faire confiance ?
Lt, C	Mmmh.
C	C'est vrai qu'en tant qu'interne, on n'a pas de réseaux.
A	Même pour les spécialistes, c'est difficile.
C	Et puis même, quand on essaie de faire tout notre internat pour avoir un réseau, on reste avoir à bouger. On perd tout quoi.

A	Le petit carnet d'adresses de notre maître de stage, il est magique. Il sort comme ça un nom, le patient est tout de suite rassuré.
Lt	Je pense que c'est quelque chose qui rassure énormément le patient. Quand on passe un coup de fil devant eux, en leur disant, je vais vous confier à telle personne et il voit que c'est quelqu'un qu'on connaît, quelqu'un de confiance. Je pense que ça, ça joue énormément. La relation de confiance.
A	C'était sur le séminaire de Pédiatrie où ils disaient d'envoyer vers un bon kiné qui fera les bons trucs pour la scoliose. Déjà, on ne sait pas quels sont les bons trucs qu'il faut faire alors si en plus, il faut aller surveiller le kiné pour être sûr qu'il fait bien son truc...S'il faut savoir lesquels ils savent bien prendre en charge les enfants...
Stéphanie	Donc, ce serait sous forme de séminaire éventuellement ?
Lt	Bah, c'est vrai que ce serait plus judicieux que ce soit après l'internat en fait...
	<i>-Rire général-</i>
F	On est plus sensible à la douleur... Le futur orthopédiste euh...
Lt	Oui, mais en Médecine Générale je parle.
F	C'est vrai qu'avant l'internat.
Lt	Oui, avant l'internat...
F	Tu es plus sensibilisé à ça.
Stéphanie	Qui comme intervenant ? T'aimerais que ce soit qui ?
Lt	Bah, ce serait peut-être déjà intéressant que ce soit quelqu'un qui s'occupe des soins palliatifs. Qu'il soit dans l'équipe de la douleur, ce serait pas mal. Et après, c'est vrai que dans tous les séminaires, il y a des gens très intéressants, des médecins généralistes super sympas qui nous...
	<i>-Rire général-</i>
Lt	C'est vrai.
A	Qu'ils se soient intéressés à ça et qui ont des choses alternatives.
Lt	Ils ne prennent pas n'importe qui, enfin...
C	Mais, c'est vrai que parfois, ça manque d'un expert.
Lt	Oui, ce serait bien...
C	D'avoir quelqu'un qui a fait le DESC, au moins une personne.
F	Et des paramédicaux
C	Qu'ils viennent nous présenter ce qu'ils font. <i>-Rire-</i>
A	Tu ne peux pas expliquer tout ce que tu fais dans ton métier en un quart d'heure.
C	Ou bien peut-être que dans notre stage UPL, euh que ce soit organisé un peu mieux. Qu'on aille vers ces gens-là parce qu'il faut les appeler sur les heures où c'est ouvert euh, faut arriver à gérer...enfin c'est finalement pas si simple de débarquer chez les autres en disant : « coucou, c'est moi ».
Lt	Et puis, il y a des UPL plus ou moins...
C	Plus ou moins prenant, tout ça...
Lt	C'est toujours globalement cool mais en UPL, j'avais deux après-midis mais ce n'était pas en une journée. Donc c'est vrai que quand tu bosses tous les jours, que tu bosses chez un le matin, chez un autre l'après-midi, au bout d'un moment tu n'as plus envie de courir pour voir des séances de kiné pendant juste une après-midi.
Stéphanie	D'accord.
C	C'est vrai.
A	C'est vrai que mes deux demi-journées, je me les garde pour faire autre chose.
Stéphanie	Il vous manque du temps pour vous dégager. Pour ce qui est de la formation psychologique, vous disiez que vous étiez un peu en difficulté, est-ce qu'il y aurait des idées, des choses qui vous aideraient ?
Lt	Je trouve que c'est plus difficile parce que c'est quand même personnel.
C	Ouais.
F	C'est complètement subjectif.
Lt	Ca dépend des patients, de poser certaines questions, ça se fait avec notre expérience et notre caractère à nous.
C	Il pourrait y avoir un séminaire communication.
Lr	Des vrais cours de psychologie....
C	Des séminaires qui soient éventuellement facultatifs contrairement à celui pour la douleur.
	<i>-Rire-</i>
Stéphanie	Pour la communication en tout cas, pour mieux appréhender ce patient douloureux

	chronique ?
C	Ouais, parce que je pense que c'est un patient particulier qu'il faut apprendre à gérer quoi, à gérer lui et nous.
Lr	Mais, je pense qu'en psychologie, on manque de connaissances pratiques mais aussi théoriques.
E	Je ne vois pas comment ce serait réalisable. Il y a une fac de psycho et des années d'études, je ne vois pas...
C	Oui.
E	Comment, nous on pourrait...
Lr	Oui mais même...
C	Quelques outils...
Lr	On parle de psychothérapie de soutien... quelques outils... quelles sont les choses à dire ? On nous dit de temps en temps par exemple. Ca n'a rien à voir par exemple, on avait une sage femme qui nous parlait de tabacologie pendant la grossesse, elle nous dit qu'il ne faut pas insister sur les effets indésirables, il faut voir le positif. Il ne faut pas dire : « votre bébé sera mal formé ». Il faut dire : « votre bébé va grandir mieux si vous arrêtez le tabac, enfin »...Des petites règles de base, des petites choses qui font que quand on se retrouve face à des gens qui sont en pleurs parce qu'ils ont mal et parce qu'ils sont mal pour d'autres raisons, et bien on sache quelles choses sont à dire, et les choses à ne pas dire. Parce que je trouve que parfois on est à marcher sur des œufs et à se dire : « zut, je vais faire une gaffe » et on n'a aucune idée de quoi dire.
A	Moi, j'avais fait remarqué à une de mes Prat qui écoute beaucoup, que pour ses patients j'avais l'impression de ne pas avoir l'âge pour faire la psychothérapie de soutien, parce qu'une femme de 50 ans qui va me raconter ses problèmes familiaux...bah c'est vrai que je n'ai pas eu toutes ces difficultés-là et elle m'a rassurée. Elle m'a dit que j'avais été pas si mal que ça...même si je n'avais pas su l'amener, à faire aboutir pour vraiment trouver des ressources chez elle. Que j'étais bien partie du coup maintenant je continue. Mais c'est vrai que par rapport elle qui a beaucoup d'expérience, qui va bien approcher la soixantaine, qui est vraiment une personne de confiance, je ne me sens pas tout à fait à la hauteur.
Lr	Mais c'est vrai que quand on voit des prat' comme ça, pendant la consultation, réussir à faire amener le patient à dire des choses, alors pas forcément la consultation douleur, c'est de l'expérience, et pas forcément de la formation qui arrive à orienter la conversation et à faire cheminer le patient, et arriver à trouver le truc qui va pas bien. On se dit : « mais zut, quand est-ce que je pourrais faire ça ? »
A	Quand est-ce que je serais assez grande ?
	<i>-Rire général-</i>
Lr	Quand est-ce que j'arriverais à trouver l'endroit où ça fait mal, où ça posait problème, où il fallait en parler ?
Stéphanie	Vous avez d'autres idées ?
	<i>-Silence-</i>
Stéphanie	Pour vous aider dans votre formation ? Des propositions ?
A	Je pense que ça dépend vraiment des médecins qu'on rencontre. On n'est pas formé pareil selon les médecins qu'on rencontre...les rencontres avec les médecins... enfin les stages à l'hôpital ou au cabinet.
C	De la sensibilité des médecins à la douleur parce que justement il y en a qui disent que ça ne sert à rien de laisser une douleur, il faut mettre de la morphine. Ca ne sert à rien de mettre du paracétamol, il faut mettre de la morphine. Et puis, il y a des médecins qui en ont un peu plus rien à foutre, enfin pas rien à foutre mais qui peut-être sont plus réticents avec les médicaments et voilà du coup nous on a tendance à suivre euh. On n'a pas forcément croisé tout le monde et voilà ça joue quoi.
Marine	Bon bah on va arrêter là alors.
	<i>-Rire général-</i>
Stéphanie	Vous n'avez pas de choses à rajouter ?
	<i>-Silence-</i>
Stéphanie	Merci.
Marine	Merci à vous.

**Stéphanie BARBOUR & Marine BAUDIN**

**DIFFICULTES DE PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR CHRONIQUE PAR LES  
INTERNES DE MEDECINE GENERALE DE GRENOBLE ET ATTENTES CONCERNANT  
LEUR FORMATION INITIALE**

Thèse de Médecine : Grenoble ; soutenance le 8 juillet 2013

---

**RESUME**

**Introduction**

La douleur chronique, phénomène complexe et multidimensionnel, est un motif fréquent de consultation en Médecine Générale. Les internes, jeunes médecins en formation, se retrouvent face à cette problématique de soins, mais peu d'études les concernaient. Une étude s'intéressait à leur formation et à l'évaluation de leurs connaissances théoriques. Cependant, elle ne permettait pas de dévoiler leur vécu et leur ressenti. Nous avons voulu connaître les difficultés rencontrées par les internes de Médecine Générale et leurs attentes concernant leur formation initiale.

**Matériel et Méthode**

Etude qualitative par entretiens collectifs semi-dirigés d'internes en Médecine Générale de la Faculté de Médecine de Grenoble. Entretiens conduits jusqu'à saturation des données, enregistrés et retranscrits intégralement. Les données ont été analysées de manière thématique avec un triple codage. Echantillon raisonné et diversifié.

**Résultats**

Cinq entretiens ont été menés auprès d'internes, de premier semestre à remplaçant non thésé. Trois grandes thématiques émergeaient : les difficultés d'ordre technique, personnelles liées à l'interne et liées au patient. Leur place dans la relation médecin-malade était difficile à trouver du fait de leur jeune âge, leur manque d'expérience et d'assurance. Ils avaient des a priori négatifs concernant les douleurs sans étiologies ou psychosomatiques, mettant la communication à l'épreuve. Leurs attentes concernaient la formation théorique et pratique. Cela s'accompagnait d'un investissement personnel et de l'acquisition d'une expérience individuelle pratique et progressive.

**Conclusion**

Cette étude amenait à proposer une amélioration de la formation initiale des internes, adaptée à la Médecine Générale, en intégrant la prise en charge globale, en investissant chacun des professionnels de la douleur dans cette formation. Les groupes d'acquisitions de compétences semblaient offrir une possibilité de libre expression et verbalisation de leur difficulté et leurs émotions négatives, permettant un partage et une analyse concrète de leur pratique personnelle.

**MOTS CLES :** Douleur chronique – Médecine Générale –Interne –Communication – Formation médicale - Etude qualitative

---

**JURY :** Président : Monsieur le Professeur Robert Juvin

Membres : Monsieur le Professeur Thierry Bougerol

Monsieur le Docteur François Paysant

Madame le Docteur Katell Mignotte

Monsieur le Docteur Jean-Michel Pellat

---